

XXIV

Reunión del Consejo
Directivo de ALANAM

BUENOS AIRES - **2018**

Tema oficial

Atención Primaria de la Salud y
Cáncer: sus aspectos epidemiológicos y
socio-económicos



Contenido

Prólogo.....	3
Cáncer: sus aspectos epidemiológicos y sociológicos.....	5
Academia Nacional de Medicina Buenos Aires	
Atención primaria de salud: historia, procesos y retos para las academias.....	13
Academia Boliviana de Medicina	
Venezuela: aspectos epidemiológicos y socio-económicos del cáncer ante el colapso del sistema de salud.....	30
Academia Nacional de Medicina de Venezuela	
Atención Primaria de la Salud: Una estrategia fundamental de la salud pública.....	51
Academia Nacional de Medicina del Paraguay	
Atención Primaria de la Salud.....	71
Academia Nacional de Medicina del Paraguay	
Epidemiología e impacto social y económico del cancer en Bolivia.....	97
Academia Boliviana de Medicina	
Consejo Genético en medicina primaria.....	120
Real Academia Nacional de Medicina de España	
Cancer: sus aspectos epidemiológicos y socioeconómicos.....	134
Academia Nacional de Medicina Perú	
Cáncer: sus aspectos epidemiológicos y socio-económicos.....	155
Academia Chilena de Medicina	
Atención primaria de salud en el Peru: recuento post alma data.....	178
Academia Nacional de Medicina Perú	
Proyecto ECHO: ¿es posible democratizar la atención médica en América Latina?.....	182
Academia Nacional de Medicina de Uruguay	
Epidemiología del cáncer en Uruguay.....	191
Academia Nacional de Medicina de Uruguay	
Cancer en Republica Dominicana: realidad epidemiologica y asistencial.....	200
Academia Dominicana de Medicina	
Evolución Histórica de la Atención Primaria en Salud en Costa Rica.....	205
Academia Nacional de Medicina de Costa Rica	

Prólogo

La Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina ALANAM, con el invaluable patrocinio de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, ha continuado la secuencia documental de las diferentes reuniones del Consejo Directivo.

Habitualmente el Académico Zoilo Cuéllar Montoya actual Canciller de la Academia Nacional de Medicina de Colombia ha venido organizando la edición de estas obras de Temas Médicos, en la cual se dejan constancias de las personalidades asistentes, los tópicos que se han analizado en ellas y las ponencias específicas, que permiten contar con un acervo de constancias de las importantes participaciones, ideas, conceptos, experiencias y aportes de muy distinguidos médicos de Latinoamérica, España y Portugal. En esta publicación digital se reseñan las siguientes reuniones y temas:

- **XXIV REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO**
12 y 13 de octubre de 2018

Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires
“Atención Primaria de la Salud” y
“Cáncer: sus aspectos epidemiológicos y socio-económicos”

- **XXV REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO**
(SESIÓN VIRTUAL)

Bogotá, Colombia, 24 octubre de 2020
“Lecciones aprendidas de cada país sobre la pandemia de Coronavirus”

- **XXVI REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO**
Bogotá, 10 al 12 de noviembre de 2022

Evaluación de la postpandemia del coronavirus desde el punto de vista social, epidemiológico, clínico y farmacológico

Estas memorias, entonces, contienen un material muy valioso para la comprensión y la búsqueda de las posibles soluciones para patologías que han causado mucho daño a la humanidad

Álvaro Rodríguez Gama
Secretario Ejecutivo de ALANAM

Cáncer: sus aspectos epidemiológicos y sociológicos

Académico Dr. Gonzalo Recondo



El cáncer es uno de los grandes desafíos para la salud mundial en el siglo XXI y la Epidemiología una de las herramientas más importantes para la comprensión de su impacto en la población mundial con sus diferencias regionales, étnicas y hábitos de vida.

Una de las razones mayores por la cual el cáncer ha tomado una relevancia tan grande en este siglo guarda directa relación con el incremento de la población mundial y en el aumento en la expectativa de vida de las personas. La población mundial en los últimos 100 años se ha multiplicado por cuatro, pasando de 1860 Millones en 1918 a 7600 Millones de habitantes en el 2018 (Figura 1)(1). El gran cambio en el crecimiento de la población mundial comenzó con la revolución industrial a partir de la mitad del Siglo XIX y se acentuó claramente durante el

Siglo XX. Si bien la tasa de crecimiento de la población mundial esta disminuyendo desde su pico de 2,1 % anual en 1960 a 1.09 % anual en el 2018 se espera que para el año 2050 la población mundial ascienda a 9700 millones de habitantes (2).

La disminución en la velocidad de crecimiento poblacional es mas notoria en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo y menos aun en los no desarrollados. Aún en países sin mayores cambios en la tasa de crecimiento poblacional, como en caso de la Argentina que se mantiene entre el 1 y 2 % anual, el crecimiento dentro de las diferentes grupos socioeconómicos es muy diferente siendo extremadamente bajo entre la clase media y alta y mucho mayor en los grupos de menos recursos. Esto es un fenómeno mundial, aún dentro de países desarrollados, con importantes implicancias presentes y futuras para el acceso a la educación, a los programas de prevención, de diagnóstico precoz y de tratamiento del cáncer.

El aumento en la cantidad de habitantes, a pesar de la disminución en la velocidad de crecimiento, se explica por la menor mortalidad general con el consecuente incremento en la expectativa de vida. La misma pasó de entre 30 y 40 años a principios del siglo XX a un promedio de 71,4 años a nivel mundial para el año 2015 (figura 2) (3). Existen grandes variaciones en el promedio de vida acorde

a la situación socioeconómica de los países, observándose una expectativa menor de 60 años para los países centroafricanos y mayor de 80 años para Japón, los países de Europa occidental, Norte América y Oceanía (1,3). Tan solo entre los años 1970 y el año 2010, la expectativa de vida promedio mundial pasó de 56,4 a 67,5 años para los hombres y de 61,2 a 73,3 años para las mujeres, siendo el incremento mayor para los países en vías de desarrollo. En América Latina le edad promedio de muerte paso de 50 años en 1970 a 70 años en el año 2010 (4). Datos mas recientes mostraron que la expectativa de vida entre 1980 y el 2015 pasó de 61,7 años a 71,8 años (5).

El cáncer era una enfermedad poco frecuente en la antigüedad. Se han encontrado casos aislados en el antiguo Egipto como el descrito por Imhotep unos 2600 años a. C.(6) o como el caso de Atosa hija de Ciro y mujer de Darío en Persia(7). Ambas mujeres jóvenes tuvieron cáncer de mama en una época donde difícilmente se superaba los 40 años de edad.

La mayoría de los tumores malignos ocurren en el adulto y su incidencia aumenta con la edad. La edad es sin duda el factor de riesgo más importante para desarrollar un cáncer siendo la edad promedio de su aparición de 66 años (8). Menos del 10% de los tumores malignos ocurren antes de los 45 años de edad y el 75% ocurren en mayores de 55 años de edad. Sin embargo la incidencia

de cáncer comienza a disminuir a partir de los 70 años (9).

El desarrollo de muchos tumores tiene relación con exposición crónica a carcinógenos o procesos de inflamación crónica que generan cáncer años después del inicio de la exposición (10). Es por eso que a mayor edad hay mas posibilidad de que ese tumor se manifieste. Estos representan entre el 30 a 35 % de los tumores y serían los potencialmente prevenibles (11). Estos tumores tienen una distribución geográfica variable, acorde a la exposición a agentes cancerígenos físicos o químicos como tabaco, dietas ricas en grasa animales o exposición solar así como a agentes infecciosos entre los que se encuentran los virus de la hepatitis B y C, Papiloma Virus Humano (HPV), virus e Epstein Barr (EBV), *Helicobacter pylori*, etc. (12). Los tumores asociados a agentes infecciosos representan el 16 % de los tumores a nivel global. Sin embargo su prevalencia varía en relación a los niveles de desarrollo de la población, representando el 22 % de los tumores en los países menos desarrollados y solo el 7,4 % de los tumores en los países desarrollados (13).

Aproximadamente 5 % de los tumores están relacionados a factores hereditarios, debido a mutación germinal y por pérdida de función de proteínas que participan en la reparación del daño producido en el ácido desoxirribonucleico (ADN) o en genes supresores de tumores

(14). Los más frecuentes dentro del primer grupo son el Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario hereditario por mutación germinal de los genes BRCA 1 y 2 o del Síndrome de Lynch por pérdida de función de los genes MLH1, MSH2, MSH6 o PMS2 con alta predisposición a cáncer de colon y endometrio entre otros. Estos pueden ser prevenibles con cirugías profilácticas, o detectados precozmente cuando se identifican estas poblaciones de riesgo aumentado a edad temprana. Este sería posiblemente el caso de la persa Atosa y de un porcentaje de los tumores en la niños y adolescentes (15).

Recientemente Tomasetti y Vogelstein postularon que la mayoría de los tumores ocurrían por azar. Esta hipótesis se basó en datos de cuantificación de células madres de distintos tejidos y considerando el índice de mutaciones endógenas en las distintas células del organismo humano como idéntica. Ellos correlacionaron la cantidad de divisiones de células madres de distintos tejidos durante la vida de un individuo con la posibilidad de desarrollar un tumor en ese órgano (16). Es así que ellos postulan que cerca del 65 % de los tumores ocurren por azar, sujeto al número de divisiones celulares e independiente en la mayoría de los casos de factores ambientales. Este concepto sobre la patogenia del cáncer cobra enorme importancia futura para determinar conductas tendientes a reducir en número de tumores prevenibles (influencia del medio ambiente y de

factores hereditarios) o de detectar precozmente aquellos que no son prevenibles y ocurren por azar (Figura 3) (17).

Para comprender las dimensiones del impacto de esta enfermedad en la actualidad en el mundo, en el año 2000 se diagnosticaron 10 millones de casos nuevos de cáncer, fallecieron 6 millones de personas y 22 millones se encontraban vivas con cáncer. Los tumores más frecuentes correspondieron en orden descendente a cáncer de pulmón (1,2 millones), mama (1,05 millones, colon y recto (0,95 millones), estómago (0,87 millones) e hígado (0,56 millones) (18). Estos números han ido cambiando en forma significativa en estas últimas décadas (19, 20). En el año 2015 hubo 17,5 millones de casos nuevos y 8,7 millones de muertes por cáncer. Esto representa un aumento del 75 % en el número de casos nuevos y del 45 % en el número absoluto de muertes. Los tumores más frecuentes en incidencia fueron de mama (2,42 millones), pulmón (2,02 millones), colon (1,65 millones), próstata (1,62 millones), estómago 1,31 millones e hígado 0,88 millones (20). Este aumento en el número de casos de cáncer en el mundo se debe en un 12% al aumento en la incidencia, un 38 % al aumento de población total y un 50 % al aumento en la distribución de la población acorde a la edad (20). Como comentado anteriormente, los mayores incrementos en la expectativa de vida y en la cantidad de nacimientos se da en países con índices

socioeconómicos medios y bajos. Por ello en estos países se observa un creciente número de casos de individuos con cáncer.

El incremento en la incidencia del 4 % de casos de cáncer, ajustados por la edad, entre 2005 y 2015 es muy heterogénea (Figura 4). Los que más han aumentado la incidencia son el cáncer de tiroides (70%), el cáncer de la próstata (33 %), los linfomas no Hodgkin (29 %), el melanoma maligno de piel (28 %), el cáncer de testículo (24,4 %), el de riñón (23,1%) y el de mama (14.9 %) (21). El aumento de la incidencia de algunos tipos tumorales se deben a la mejoría de los métodos diagnósticos detectando tumores en etapas tempranas que, por un lado tienen mayores posibilidades de curación, pero que pueden no llegar a tener significancia clínica resultando en sobre diagnóstico y sobre tratamiento (22). Estos pueden ser el caso de algunos tumores de tiroides, de próstata y de mama que podrían eventualmente ser sujetos de seguimiento activo sin tratamiento (23). Por otro lado se ha observado una disminución importante en la incidencia de cáncer de cuello uterino (- 25,8 %), de esófago (-25.9 %), de estómago (-20.8 %), de vesícula y vía biliar (-13.7 %), leucemia mieloide crónica (-13.3 %), de nasofaringe (- 9,3 %) y de hígado (-8,2 %)(20). El cáncer de pulmón, el de mayor mortalidad y el más prevenible de todos, ha disminuido su incidencia en estos 10 años en un 2 % mientras que aumento el número absoluto de casos en

un 28,8 %. Existe una gran variación en el cambio de la incidencia de cáncer de pulmón por países, o aún en un mismo país, acorde a aplicación de programas anti tabaco. Se continúa observando un aumento en la incidencia de este tumor en países de ingresos socioeconómicos medio y medios bajos (24,25).

La implementación de las vacunas contra HPV y hepatitis B ha sido seguramente un factor importante en la disminución en la incidencia de tumores de cuello uterino e hígado (26, 27). Esa disminución se ha visto para los tumores de cuello uterino mayormente en poblaciones con acceso a la vacuna y no en países con bajo índice socio demográfico (21). Otros factores importantes en la prevención se relaciona con los cambios en la dieta y el ejercicio físico. Es clara la relación de la obesidad y múltiples tumores, entre ellos el de útero, el adenocarcinoma inferior y de la unión gastro-esofágica, el de colon, de hígado, riñón y mama.(28) Se estipula que la obesidad es la responsable del 3 al 4 % de los tumores del adulto (29).

Si bien se pueden tomar medidas para prevenir la aparición y recomendar métodos de despistaje para detectar ciertos tumores, que en algunos casos lleva a sobre diagnóstico, en la mayoría de los casos no contamos con metodología de diagnóstico precoz adecuada. La búsqueda de marcadores tumores en el DNA circulante se presenta como

una herramienta muy interesante para el futuro (30).

Uno de los problemas sociales mas difíciles de enfrentar en la lucha contra el control del cáncer en este momento y en el futuro inmediato, es la inequidad no solo en el acceso a una educación adecuada para tomar medidas de prevención, sino el de tener acceso a los medios de diagnóstico precoz y de tratamiento adecuado. Existen grandes diferencias en la relación incidencia/ mortalidad o en probabilidad de sobrevivida a 5 años para la mayoría de los tumores, pero aún mas par lo mas curables, entre países de bajo, medio o alto nivel socio-económico (31). Esto ocurre también entre países de alto nivel socio económico (32). Datos recientes del estudio Concord 3 sobre 37 millones de personas con 18 tipos de cáncer de 322 registros poblacionales en 71 países, mostro una importante variación en la sobrevivida a 5 años entre diferentes países en los 5 continentes. Los países con mejores resultados son Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia. En la mayoría de los países, incluyendo España y América Latina se observó una mejoría en los resultados en los últimos 15 años en la expectativa de vida de mujeres con cáncer de la mama pero no se refleja en otros tumores (Figura 5) (33).

Como hemos visto el cáncer representa un gran desafío poblacional en los años a venir. El aumento en el número

de casos, sobre todo en países en vías de desarrollo o poco desarrollados, dan muestra de la necesidad de actuar en forma conjunta y estratégica para fomentar aún más las políticas de control del cáncer. La educación para la prevención primaria y secundaria, la creación de redes de atención especializada en oncología con profesionales idóneos, la creación de estructuras y equipamientos al alcance de todos para el diagnóstico y tratamiento a tiempo de esta enfermedad es una verdadera necesidad.

Referencias

1. Max Roser and Esteban Ortiz-Ospina (2018) - "World Population Growth". 'https://ourworldindata.org/world-population-growth'.
2. 2017 Revision of World Population Prospects. Retrieved from: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.
3. Global Health Observatory. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/
4. Haidong Wang, Laura Dwyer-Lindgren, Katherine T Lofgren y col.. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2071–94
5. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. *Lancet* 2016; 388: 1459–544
6. Fawzi Sweha Boulos. *Oncology in Egyptian papyri*. Spyros Retsas editor.
7. Herodoto. *The Histories*. Op. Cit, Part VIII.
8. Age and cancer risk. National cancer Institute. NIH. The Surveillance, Epidemiology, and end results (SEER) Program.
9. Mary C. White, Dawn M. Holman, Jennifer E. Boehm y col.. Age and Cancer Risk: A Potentially Modifiable Relationship. *Am J Prev Med.* 2014; 46: S7–15. doi:10.1016/j.amepre.2013.10.029.
10. *Cancer Epidemiology. Principles and methods*. IARC Publications. Editado por I. Dos Santos Silva. <https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/cancerepi/>
11. Katrina F. Brown, Harriet Rumgay, Casey Dunlop y col.. The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015. *British Journal of Cancer* <https://doi.org/10.1038/s41416-018-0029-6>.
12. Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram, Rajesh Dikshit y col. Cancer incidence

- and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer* 2015; 136,:E359–E386.
13. Paolo Vineis, Christopher P Wild. The cancer wars 1. Global cancer patterns: causes and prevention. *Lancet* 2014; 383: 549–57
 14. Noralane M. Lindor, Mary L. McMaster, Carl J. Lindor, y col.. Concise Handbook of Familial Cancer Susceptibility Syndromes. *JNCI Monographs* 2008, 38: 3-93. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgn001>.
 15. Jinghui Zhang, Michael F. Walsh, Gang Wu y col.. Germline Mutations in Predisposition Genes in Pediatric Cancer. *N Engl J Med* 2015; 373: 2336-46. DOI: 10.1056/NEJMoa1508054
 16. Cristian Tomasetti and Bert Vogelstein. Variation in cancer risk among tissues can be explained by the number of stem cell divisions. *Science* 2015; 347: 78-81.
 17. Cristian Tomasetti and Bert Vogelstein. Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention. *Science* 2017; 355, 1330–1334.
 18. D. Maxwell Parkin. Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet Oncology* 2001, 2: 533-543
 19. Jacques Ferlay, Hai-Rim Shin, Freddie Bray y col.. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int. J. Cancer* 2010; 127: 2893-2917.
 20. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol.* 2015; 1: 505-527. doi:10.1001/jamaoncol.2015.0735.
 21. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability- Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015 A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2017; 3:524-548. doi:10.1001/jamaoncol.2016.5688.
 22. Laura J. Esserman , Ian M. Thompson, Brian Reid y col. Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. *Lancet Oncol.* 2014; 15: e234–e242. doi:10.1016/S1470-2045(13)70598-9.
 23. Megan R. Haymart, David C. Miller and Sarah T. Hawley. Active Surveillance for Low-Risk Cancers — A Viable Solution to Overtreatment? : *NEJM* 2017; 377: 203-206.
 24. Farhad Islami, Lindsey A. Torre, Ahmedin Jemal. Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Transl Lung Cancer Res* 2015;4(4):327-338 . <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2218-6751.2015.08.04>

25. Erin P. Balogh, Carolyn Dresler, Mark E. Fleury y col. Reducing Tobacco-Related Cancer Incidence and Mortality: Summary of an Institute of Medicine Workshop. *The Oncologist* 2014; 19: 21–31.
26. Vicki B. Benard, Philip E. Castle, Steven A. Jenison y col.. Population-Based Incidence Rates of Cervical Intraepithelial Neoplasia in the Human Papillomavirus Vaccine Era. *JAMA Oncol.* 2017; 3: 833-837
27. Chunfeng Qu^{1*}, Taoyang Chen², Chunsun Fan y col.. Efficacy of Neonatal HBV Vaccination on Liver Cancer and Other Liver Diseases over 30-Year Follow-up of the Qidong Hepatitis B Intervention Study: A Cluster Randomized Controlled Trial. *PLOS Medicine* 2014; 11: e1001774.
28. Béatrice Lauby-Secretan, Chiara Scoccianti, Dana Loomis, y col.. Body Fatness and Cancer — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med* 2016; 375; 794-798.
29. Melina Arnold, Nirmala Pandeya, Graham Byrnes, y col. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol* 2015; 16: 36–46
30. Joshua D. Cohen, Lu Li, Yuxuan Wang et al. Detection and localization of surgically resectable cancers with a multi-analyte blood test. *Science* 10.1126/science.aar3247 (2018)
31. Paul Farmer, Julio Frenk, Felicia M Knaul y col.. Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *Lancet* 2010; 376: 1186–93.
32. M P Coleman, D Forman, H Bryant y col.. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet* 2011; 377: 127–38.
33. Claudia Allemani, Tomohiro Matsuda, Veronica Di Carlo y col.. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018; 391: 1023–75.

Atención primaria de salud: historia, procesos y retos para las academias

**Ac. Dr. Horacio Toro Ocampo –
Ac. Dr. Guillermo Seoane Flores**



Antecedentes

La Atención Primaria de Salud, fruto de grandes discusiones en el campo de la salud, emerge como un nuevo pensamiento médico social allí por los años setenta, en respuesta al “nuevo orden económico mundial”, que ocasiona postergaciones en los componentes sociales de los países como son educación, salud, alimentación y el desarrollo local, afectando notoriamente el estado de bienestar de las personas y los pueblos.

Los Ministros de Salud de los países que conformaban los Cuerpos Directivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Cuerpos Directivos de la misma, reciben el cuestionamiento de los Estados por las nuevas tendencias de universalizar el acceso y la cobertura

de los servicios de salud por considerarlos costosos y de poca viabilidad.

En respuesta el Director y Subdirector de la OMS otorgan prioridad a los programas básicos de salud, buscando un enfoque integral de la salud, con servicios más universales y optimización de los recursos financieros, físicos y humanos, empezándose a hablar de los servicios de atención primarios. Esta corriente creó confusión por la significación del término “primaria”, porque se la interpretaba como primordial, prioritaria, importante, primitiva, básica, elemental o poco desarrollada.

Paralelamente se daba la corriente de la atención hospitalaria, que era la que acaparaba la mayor parte de los recursos financieros de los sistemas de salud, eran depositarios de la investigación científica, y de la atención medicalizada, con altos gastos de funcionamiento y con gasto en salud elevado para los usuarios de los servicios de salud. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Estados priorizaban la atención de las enfermedades transmisibles y poco o nada se hacía en aspectos de promoción de la salud.

Con esos escenarios, la OMS a través de su tercer Director General, Dr. Halfdan Mahler, impulsó el concepto de la Atención Primaria de Salud, fundamentando la atención a la asistencia con programas básicos, con un enfoque

integral, jerarquización de los servicios de salud y optimización de los escasos recursos destinados al sector salud por los Estados. Paralelamente, se da mayor difusión a la doctrina, a los principios, y a los fundamentos de la Medicina Social, cuyo pilar fundamental es el de haber reconocido que la salud no era solamente la ausencia de enfermedades, sino que debían considerarse otros aspectos que hacen al bienestar de los seres humanos, especialmente los económicos y los sociales.

El “Gran Debate de los Setenta”, puso frente a frente las dos corrientes entonces imperantes, la de la asistencia sanitaria con enfoque centralizado en los sistemas de salud basados en servicios hospitalarios y la participación de las personas, familias y comunidades, denominada entonces asistencia con participación popular, identificada como participación comunitaria, base de la atención primaria de la salud. Esta confrontación de ideas llevó a la OMS y los países a pensar en un encuentro mundial para establecer el “Modelo de Atención” y establecer las bases del futuro de los Sistemas de Salud.

Con el ánimo de consolidar este nuevo paradigma de la asistencia sanitaria y frente al fracaso de los controles de las enfermedades transmisibles, el Director de la OMS, Dr. Mahler, reafirmó que el problema a enfrentar está influenciado por las malas condiciones del

desarrollo social y económico de los países y plantea la primera aproximación de lo que vendría a ser el Gran Movimiento por el desarrollo de la Atención Primaria de salud cuando dijo:

“La atención primaria es el empleo de todos los métodos técnicos disponibles y de los que en lo sucesivo puedan perfeccionarse y acompañar la expansión de los servicios básicos de salud en las zonas rurales; de un aumento del personal capacitado en salud, de acciones más eficaces, de educación sanitaria y, sobre todo del mejoramiento de las condiciones económicas de las comunidades menos favorecidas de las zonas tropicales”

No sólo se refiere a la atención de las enfermedades transmisibles, sino que incorpora a todas las afectaciones a la salud que requieren de mayor investigación, mayores recursos económicos como son la tuberculosis, la desnutrición, la planificación familiar, así como aquellas que aparecen como consecuencia del avance del desarrollo en los países industrializados como son las afectaciones cardio-circulatorias, el cáncer y las enfermedades mentales.

En el debate mundial se poseionan dos realidades: la de los países industrializados que con economías poderosas alcanzaban fácilmente el desarrollo de los servicios de salud, especialmente

curativos y de rehabilitación de la salud, frente a las realidades de los países en desarrollo que no podían generar servicios oportunos, integrales con tecnología de punta y lo peor no podían establecer servicios integrales y universales.

Ambos, sin embargo buscaban generar un sistema de salud amplio, a bajo costo y que tenga una cobertura universal.

Como respuesta a este gran movimiento, es que la OMS y los países miembros decidieron organizar un gran encuentro mundial para tratar el tema, y es así que surge la Conferencia de salud de Alma-Ata en el año 1978, y cuyo principal lema era *“alcanzar los mejores niveles sanitarios hasta el año dos mil”*. Se decide considerar como base de todo este movimiento sanitario y de transformación de los sistemas de salud a la “Atención Primaria de Salud”, con el objetivo de centrar la atención del mundo en las desigualdades sanitarias y tratar de alcanzar un nivel aceptable de salud, distribuido equitativamente en todo el mundo. La Reunión de Alma-Ata culmina con el largo período de trabajo de los países y de las regiones de la OMS

Desde entonces es que la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se ha constituido en la política con mayor nivel de consenso a nivel global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud, considerándola como la mayor

revolución sanitaria, entrando a formar parte del desarrollo social de los pueblos.

El significado de la Atención Primaria de Salud va más allá del sector salud y se constituye en la base del nuevo paradigma de la “medicina Social” que era reclamada por todos los pueblos.

La salud con foco en la Atención Primaria de Salud (APS), definía claramente que ya no se trataba de atender las enfermedades solamente, sino que se debían incluir y estudiar los aspectos propios del desarrollo económico, financiero, social y antropológico, en su relación intrínseca con la salud.

De la Gran Reunión Sanitaria de Alma-Ata, surge el compromiso mundial de los pueblos de alcanzar niveles expectantes de salud en 22 años, es decir hasta el año 2000.

Lamentablemente la realidad de los países especialmente los menos desarrollados que aun no habían despegado con Políticas Públicas, con visión social, donde permanecía la inercia política y técnica y no se valoraba la importancia del desarrollo de la salud con una visión social, fue la causa para que no se avance como se habría propuesto la OMS.

Décadas después surge la necesidad de reforzar los compromisos de Alma-Ata y los pueblos y sus representantes reunidos en Ottawa, Canada,

donde proponen la Primera Reunión de Promoción de la Salud, como una estrategia para dinamizar los compromisos de Alma-Ata y poder avanzar en el desarrollo de la Atención Primaria.

De esta forma se buscó proporcionar a los pueblos del mundo de medios necesarios para mejorar la salud de forma integral y mejorar el control de los factores sociales y económicos que la afectan.

Surgen corrientes que favorecen el bienestar físico, mental y social de las personas, a la vez que se empieza a pensar en las necesidades sentidas, en las aspiraciones y no solamente en los graves problemas de salud. Desde entonces es imposible hablar de salud, si no se tocan los temas relacionados con la paz, la educación, la vivienda, el medio ambiente, la alimentación, la justicia social y la equidad.

La Promoción de la Salud así conceptualizada, impulsó la elaboración de políticas públicas sanas, la generación de ambientes favorables, el fortalecimiento de la participación comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales con el reconocimiento por la generación de una nueva cultura sanitaria; así mismo, se impulsa la reorientación de los servicios sanitarios, y la reprogramación financiera hacia la base del sistema de salud.

En la última década e iniciando por el año 2007, en la Conferencia

Internacional de Salud para el Desarrollo, se firma un acuerdo por los Ministros de Salud para retomar la atención primaria como la estrategia que permita movilizar a los pueblos en la búsqueda de mejores niveles de vida y de salud, reconociendo que:

La salud es una causa y un factor generador de desarrollo y de crecimiento de una nación, considerándola como una inversión y no un gasto; que el cuidado de la salud basada en equidad, es un factor clave para el desarrollo y que puede motivar a la participación intersectorial; finalmente, que es necesario avanzar hacia la universalización de la asistencia sanitaria con un enfoque social, de género, inclusiva y no discriminadora, priorizando los grupos vulnerables como son los niños, la juventud, las embarazadas, las personas con capacidades diferentes y los adultos mayores.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se ha transformado, desde que fue propuesta en 1978, en la política con mayor nivel de consenso a nivel global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud, definiendo, como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos y que debe: Garantizar al derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud; asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima y completa; garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y

unas condiciones sanitarias básicas; facilitar medicamentos esenciales; velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; adoptar y aplicar, un plan de acción nacionales de salud pública; y establecer un núcleo básico de oferta de servicios de salud.

Es a partir del año 2003, que se inicia un proceso de debate y reconceptualización, partiendo del reconocimiento de los cambios sufridos por nuestras sociedades y Estados en las últimas dos décadas, apuesta a renovar el compromiso con los principios originales de la estrategia de APS.

Se vuelve a insistir en la estrategia de APS desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema de salud y que se constituye en la manera más adecuada de garantizar el derecho a la salud de forma universal e igualitaria.

Así, la propuesta de una APS renovada estaría en línea con las críticas más consistentes que, durante los últimos años, se hicieron a la versión selectiva de la APS y a la apropiación que de ella hizo el discurso neoliberal en los procesos de reforma sectorial.

En este sentido se define que la APS es la estrategia que:

- Se dirige a toda la población, prioriza las intervenciones costo-efectivas

para la población más vulnerable y organiza redes de atención primaria;

- suministra un amplio rango de servicios y la mejor calidad de atención, basada en los recursos disponibles;
- es un enfoque efectivo tanto para países desarrollados como en desarrollo; contribuye a la igualdad en términos de indicadores de salud;
- que es menos costosa y más efectiva para los individuos y la sociedad.

Con esta visión y con la experiencia de años de trabajo en el desarrollo y evaluación de servicios de salud, se considera que la APS fue confundida como la atención exclusiva para las áreas rurales, con tecnología de bajo costo y con la asistencia de un equipo básico de salud. Esta concepción aisló la APS del resto de los niveles de atención sanitaria, es decir no se aplicó a la atención en el segundo y tercer nivel, siendo que en estos niveles también hay momentos en que se debe aplicar una estrategia de APS, especialmente si se quiere descongestionar los hospitales en su consulta externa.

Ahora bien los compromisos de Alma-Ata a través de los Organismos de Cooperación y los países ha sido un marco político y técnico que ha permitido a los Estados desarrollar toda clase de iniciativas en la implementación operativa de la Atención Primaria de Salud desde 1978 hasta la fecha; por lo tanto, ha tenido gran influencia en las políticas públicas de salud, en la definición de los

sistemas y servicios de salud y muy especialmente en el pensamiento sanitario mundial, regional y nacional.

La APS, ha sido una estrategia que ha permitido relacionar los estados de salud de los pueblos con el desarrollo social y económico y motivó a considerar los determinantes sociales internos y externos que influyen en el proceso salud-enfermedad-bienestar y desarrollo. La APS indujo a un pensamiento sanitario integral donde la intersectorialidad encuentra su campo como contribuyentes a las acciones de salud; se retoma la importancia de la educación, el cuidado del medio ambiente, la producción de alimentos y la disponibilidad y acceso a los mismos.

La APS también ha permitido el reconocimiento de que las acciones sanitarias tienen dos actores principales, el sistema y la comunidad. Los países han ideado una serie de modelos y estrategias para poner en marcha la atención primaria de salud y han buscado las mejores estrategias para que la comunidad y las personas se hagan parte de las decisiones sobre los modelos sanitarios, especialmente en el ámbito local.

No obstante estos esfuerzos colectivos, vemos que aun permanecen serias inequidades sociales, deficiencias en los servicios de salud, patologías y eventos sanitarios que ponen en peligro el progreso hacia una mejor salud y desarrollo humano en el futuro.

El trabajar con un enfoque de desarrollo de la atención primaria de salud, ha permitido generar consenso internacional y el reconocimiento de que la APS es un medio válido y apropiado para promover la salud y el desarrollo humano; así mismo, ha revitalizado la capacidad de los países para armar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible para enfrentar los problemas de salud existentes, prepararse para nuevos desafíos y mejorar la equidad.

De Alma-Ata a nuestros tiempos se han suscitado importantes cambios demográficos y epidemiológicos; profundos cambios políticos, económicos, sociales y culturales y en algunas regiones y países se han mantenido o profundizado las inequidades, las desigualdades sociales y la exclusión social, traducidos en indicadores sanitarios de subdesarrollo sanitario.

Después de cincuenta años, podemos ver que la exclusión social en el ámbito de la salud y el ambiente es real y se manifiesta por indicadores que nos señalan que millones de personas aun están sin acceso a los servicios de salud por razones económicas; altos índices de personas sin seguro de salud; millones de personas sin acceso al agua potable y al saneamiento básico, sin acceso a los servicios de salud por razones geográficas; cientos de embarazadas sin atención prenatal y un alto porcentaje de nacimientos sin atención por personal

calificado, lo que hace que los esfuerzos por abatir los indicadores de morbilidad y mortalidad no han sido suficientes.

No obstante podemos decir que hemos aprendido la lección en estos últimos cincuenta años y no todo ha sido negativo, se han generado experiencias propias en cada país, unos mejores que otros, se han identificado buenas prácticas de asistencia basada en la concepción de la APS; ha mejorado el conocimiento y la ciencia de las intervenciones basadas en APS, se han creado nuevas tecnologías; se ha promovido la participación e involucramiento de las personas en la toma de decisiones y se han establecido mejores iniciativas de educación, información y comunicación, especialmente en los niveles municipales y locales.

Después de cincuenta años de estar implementando el concepto de la APS, muchas personas, entre ellos un gran número de trabajadores de los servicios y redes de salud, consideran que la APS es la puerta de ingreso a los servicios y a la asistencia sanitaria, predominantemente del nivel básico de atención de salud, que es la base de la estrategia para el desarrollo basada en educación y servicio con tecnología barata y de baja calidad, ofertada especialmente para la población que vive en la pobreza.

En la actualidad debemos recuperar la importancia de la Atención Primaria de Salud, porque se trata de

una acción sanitaria necesaria y prioritaria si queremos generar políticas, programas, servicios y recursos humanos con mayores impactos a las necesidades y problemas de las poblaciones

La atención primaria, aun en nuestros días, se considera el punto de entrada al sistema de salud y la forma de establecer la continuidad en la atención sanitaria, para la mayoría de la población; durante la mayor parte del tiempo constituye el primer contacto de atención continuada y centrada en la persona, de forma de satisfacer sus necesidades relativas a la salud, refiriendo solamente aquellos casos poco comunes para el nivel de competencia; y la coordinación de los cuidados de salud cuando las personas reciben asistencia en otros niveles de atención. Su aplicación está dada por médicos generalistas, médicos familiares y otros profesionales que conforman el equipo de salud primaria.

La APS es la base del primer nivel de atención integrado e integral, incluye participación comunitaria, coordinación intersectorial y se basa en variedad de trabajadores de salud y prestadores tradicionales.

En su desarrollo considera los principios del enfoque en determinantes de salud, acceso y cobertura universal, responsabilidad comunitaria e individual, acción intersectorial, tecnología apropiada

y costo efectividad según disponibilidad de recursos.

En la primera década del milenio actual, los Estados junto con las Naciones Unidas valoraron los pocos avances que se han dado en el mundo en los indicadores sociales, especialmente en el sector salud por lo que deciden impulsar las acciones a través de la formulación de los ocho Objetivos del Milenio, los mismos que deberían ser medidos el 2015.

Los resultados de impacto alcanzados después de quince años han sido en general los siguientes:

- En el curso de las últimas dos décadas, la pobreza extrema se ha reducido de manera significativa.
- En 1990, casi la mitad de la población de las regiones en desarrollo vivía con menos de 1,25 dólares al día. Este porcentaje ha descendido a 14% en 2015.
- A nivel mundial, la cantidad de personas que viven en pobreza extrema se ha reducido en más de la mitad, cayendo de 1.900 millones en 1990 a 836 millones en 2015. La mayor parte del progreso ha ocurrido a partir del año 2000
- La tasa neta de matriculación en enseñanza primaria en las regiones en desarrollo ha alcanzado el 91% en 2015, a partir del 83% en el año 2000.
- La cantidad de niños en edad de recibir enseñanza primaria que no asistió a la escuela cayó a casi la mitad a nivel

mundial, pasando de 100 millones en el año 2000 a aproximadamente 57 millones en 2015

- Muchas más niñas asisten ahora a la escuela que hace 15 años. Las regiones en desarrollo en su conjunto han alcanzado la meta de eliminar la disparidad de géneros en la enseñanza primaria, secundaria y terciaria
- La tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en más de la mitad, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015.
- A pesar del crecimiento de la población en las regiones en desarrollo, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años se ha reducido de 12,7 millones en 1990 a casi 6 millones en 2015 a nivel mundial
- Desde 1990, la tasa de mortalidad materna ha disminuido en un 45% a nivel mundial y la mayor parte de esta reducción ocurrió a partir del año 2000.
- Más del 71% de los nacimientos en todo el mundo fueron atendidos en 2014 por personal de salud capacitado, lo que significa un aumento a partir del 59% de 1990.
- La prevalencia de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en pareja, se incrementó del 55% a nivel mundial en 1990 al 64% en 2015.
- Existen grandes brechas entre los hogares más pobres y los más ricos, y entre zonas rurales y zonas urbanas.

Millones de personas todavía viven en pobreza y con hambre, sin acceso a los servicios básicos

Con base en los resultados obtenidos en el año las Naciones Unidas con los gobiernos, la sociedad civil y otros asociados formularon hasta el año 2030 los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que es un programa ambicioso para el desarrollo con el objetivo de crear un futuro más justo, seguro y sostenible para todos.

Debilidades en la APS en los cuarenta años post-alma-ata

Los trabajadores de campo luego de haber vivenciado varios intentos de generar modelos de intervención en APS, en los diferentes países de la región latinoamericana, concuerdan que la idea inicial de la APS era y es buena como para poder conseguir impactos en la salud de las poblaciones tanto rurales como urbanas. Sin embargo, también se identifican debilidades en la forma como se la aplicó con paradigmas regionales para la América o como intervenciones propias de cada país. Todas ellas tuvieron como base la participación comunitaria, el desarrollo de servicios de atención primaria de salud y su aplicación en los niveles locales.

Con esta experiencia se pueden señalar algunos aspectos -que creo son

importantes- para comprender porque no se han obtenido mejores resultados:

■ **Políticas Públicas de Atención**

Primaria: si bien la APS ha formado parte de las Políticas Públicas y los Programas de Salud, la misma no ha tenido la fuerza necesaria para un desarrollo más efectivo, porque se ha visto diluida en el contexto global de las políticas. Muchos países han tratado de definir experiencias como el caso de Mais Salud (Brasil), PIAAS (Bolivia y Nicaragua), Mi Salud (Perú), Barrio Adentro (Venezuela), SAFCI (Bolivia) como parte de un contexto integrado en los sistemas de salud o como estrategias propias de los primeros niveles de atención. Pocas de ellas han servido como cimientos para establecer un verdadero sistema integrado entre niveles de atención. Lo peor es que sólo duraban en el periodo la orientación política del ministro o gobierno de turno.

- **Estructuras de Atención:** la mayoría de las acciones de APS se han desarrollado con experiencias comunitarias, de contacto con individuos, familias y comunidades, pero con poco involucramiento de la estructura sanitaria, es decir no siempre se definió la estructura soporte para la APS. Se han experimentado servicios comunitarios, se han integrado servicios de medicina tradicional, se han desarrollado primeros niveles de atención sanitaria con puestos de salud, centros de salud,

pero sin integración cultural o tradicional de las comunidades a los servicios y de los servicios a las comunidades. Sin embargo con el pretexto de que los servicios deben salir en busca de las comunidades, los sistemas sanitarios no han desarrollado estructuras para soportar la demanda de atención primaria, o las pocas desarrolladas, han sido ajenas a las necesidades y orientaciones de las comunidades locales. No siempre ha sido posible la integración de los servicios de APS a la red funcional de atención, permaneciendo la atención primaria aislada de los otros niveles de referencia secundaria y terciaria.

- **Recursos Humanos de APS:** la mayoría de los programas y experiencias en los servicios de salud han estado en manos de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, todos ellos con conocimientos generales y con poca sensibilidad para la atención primaria. Muchos de ellos ocuparon cargos en equipos de atención primaria por ser la única opción laboral. Si bien se han desarrollado múltiples eventos de formación, de sensibilización y capacitación técnica, el impacto del “grupo de atención” no ha sido el que se esperaba, ya que su formación profesional o técnica no se basó en la APS, sino mas bien en una formación general.
- **La participación de la comunidad:** considerada una estrategia funda-

mental en la APS, los modelos más bien desarrollaron actividades de “hacer participar” a las comunidades y pocas de ellas consiguieron una responsabilidad de coparticipación local de hogares, familia, y comunidades en el desarrollo de la APS y en la definición de sus servicios. Algunas crearon verdaderos puentes entre comunidad y servicio, considerando la inclusión de aspectos socio antropológicos .

Frente a este panorama y a cuarenta años de la “Reunión de Alma-Ata para definir las bases de la APS, se hace necesario pensar en retomar y renovar sus principios, la filosofía y la doctrina, más aun, cuando desde la propia Organización Mundial de la salud (OMS/OPS) se ha reconocido que si bien se tiene una vasta experiencia de modelos implementados por los países para aplicar la APS, algunos de los resultados han sido exitosos y otros sin ningún impacto positivo sobre la salud de las personas.

Conceptualización moderna de la atención primaria de salud

La Atención Primaria de Salud debe ser considerada como la asistencia sanitaria fundamental, basada en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; con amplio compromiso y participación de las personas de la comunidad, del sistema de salud, de los

servicios locales de salud urbano y no urbano; capaz de generar una cultura sanitaria que asegure el buen estado de salud y el bienestar de las personas a través de un acceso universal y de bajo costo.

La APS, debe ser parte de la Red Integrada de Servicios de Salud al constituirse en la puerta de entrada al sistema y debe ser potencializada con recursos humanos especializados en APS, con infraestructura capaz de asegurar ambientes adecuados, amplios y afines a cada realidad local; con insumos y medicamentos esenciales para la educación sanitaria, la promoción de la salud y la atención ambulatorio de la patología prevalente.

La APS debe ser considerada como el espacio político, técnico y de desarrollo de la salud más importante como base del sistema y distribuidor de la carga de atención de los otros niveles de atención.

La APS debe ser enfocada dentro de los principios y filosofía de la corriente transformadora de la Atención Médica y de Salud Pública Centrada en la Persona, donde el interés del usuario se antepone a los intereses del sistema, de los servicios y del personal de salud.

La APS se debe consolidar con estrategias orientadas al cumplimiento de objetivos específicos y un objetivo general, siendo los más importantes los siguientes:

El objetivo último de la renovación de la APS es obtener resultados sostenibles de salud para todos con un acceso universal a los sistemas sanitarios y considerando la APS como la base y fundamento.

Por ello, existe un fuerte movimiento para retomar la filosofía y doctrina de la APS afirmando que:

- La APS representa una fuente de inspiración y esperanza no solo para el personal de los servicios de salud sino para la comunidad en general.
- Debido a los nuevos desafíos, conocimientos y contextos es necesario renovar y revitalizar la APS, tomando en consideración las experiencias nacionales.
- La renovación de la APS supone reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano.
- Las experiencias exitosas en APS han demostrado que se requiere una reorientación de los sistemas de salud, por lo que es preciso un enfoque renovado de la APS
- Un sistema de salud basado en la APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la

calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

- Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios
- La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere un mayor énfasis en la promoción y la prevención.
- El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos.

La reorientación de los sistemas sanitarios basados en la APS, deben considerar ampliamente los **valores, los principios y los elementos** de la asistencia primaria:

Los **valores** son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base moral para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público

Los **principios** que proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud, sirven de puente entre los valores sociales y los

elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.

Los sistemas de salud basados en la APS, están conformados por **elementos** estructurales y funcionales, los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS requieren la acción concurrente de algunas de sus funciones principales, como la financiación, la rectoría y la provisión de servicios de salud.

El énfasis en la promoción y en la prevención es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo-efectivas, éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar.

Por otro lado, ya fue manifestado en los principios de la APS propuesta en Alma-Ata, la importancia de la participación de la comunidad ; puede haber un sistema de salud bien estructurado en la red de servicios, pero si no se involucra a la población con la estrategia de “participación comunitaria”, poco o nada se puede hacer.

La priorización de la madre y el recién nacido en las políticas públicas en Bolivia en el marco de la APS

Los hitos históricos en la Salud Pública de Bolivia, han sido coherentes con el proceso político que ha vivido el país en los 35 años de vida democrática (1982 – 2017); lo mas importante, es que hay un hilo conductor entre los diferentes gobiernos democráticos que permitió avanzar en la implementación de la APS.

Experiencias vividas en Bolivia con el PIAAS (Programa Integrado de Acciones en las Areas de Salud) durante el gobierno de la Unión Democrática y Popular (UDP), mostraron la importancia de preparar equipos “profesionales” de APS, de trabajo multi profesional con médico, enfermera, odontólogo, ingeniero ambientalista, educadores sanitarios y auxiliares de enfermería. Como contraparte se tuvo que informar y educar a la comunidad para que se organice en grupos de “responsabilidad social”, conformando Comités Populares de Salud, cuya misión era de coadyuvar el trabajo de los equipos de APS:

La otra experiencia exitosa fue la de Costa Rica, en el municipio de San Ramón, liderado por el pionero de la APS, Dr. Ortis, quien desarrolló un sistema de salud primario basado en el equipo multidisciplinario, siendo la base la “educación comunitaria en salud”.

Por los años setenta, el Ministerio de Salud de Bolivia, a través del Programa Nacional de Salud Materno-infantil, propuso un sistema de atención primaria, fundamentado en el accionar de las auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos generales capacitados para realizar barrido de los hogares en las áreas periféricas, identificando niños, embarazadas, adolescentes y adultos mayores. Este programa se complementó con la conformación de Comités Comunitarios de Salud, con clubes de madres, y jóvenes.

Con la recuperación de la democracia en el país, la política de salud tuvo a **“Las Bases para la Salud del Gobierno Democrático y Popular”**, (MPSSP, 1983), documento que resalta la salud como un derecho, con la intención de *“aumentar el nivel de vida de la población, disminuyendo el riesgo de enfermar y morir... a través de la coordinación intra e intersectorial, integrándose con la acción popular organizada”*. Se dan acciones rápidas sobre la madre-niño, la salud del trabajador y el saneamiento ambiental.

De **1985– 1989** se da inicio al **“Plan Global de Salud”**, (MPSSP, 1986), para que los Bolivianos reciban servicios de salud socialmente aceptables y compatibles con el desarrollo económico y social, con las estrategias de (APS), regionalización de servicios, acciones intersectoriales y de movilización y participación social.

Se da origen del **1989- 1993** al llamado **“Plan de Supervivencia Infantil y Salud Materna”**, que planteó la prevención y recuperación de la desnutrición calórico proteica de niños desde su vida intrauterina; la promoción de la lactancia exclusiva materna; la disminución de la prevalencia del bajo peso al nacer y contribuir a incrementar la demanda de los servicios de salud integral.

De **1993 – 1997** Se da un periodo profundo de transformaciones de segunda generación en el país a través En del **Plan Vida** (MDH-SNS, 1994) para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Mediante el Decreto Supremo 24303, se promulga el **Seguro Nacional de Maternidad y Niñez** (SNMN: 1997), por el que se proveen una serie de servicios gratuitos para las mujeres gestantes, los recién nacidos y los niños menores de 5 años.

De **1997-2001** El Gobierno Nacional promulga el Decreto Supremo No. 25265, con el cual se crea el **Seguro Básico de Salud** (SBS: 1999), como un servicio público de acceso universal y destinado a otorgar 92 prestaciones esenciales en salud, con calidad y adecuación cultural.

Del **2002–2006** El Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) fue establecido en 2003 para disminuir la morbi-mortalidad maternal y de la niñez. Se financió con recursos municipales, con 10% de

los recursos recibidos por Participación Popular a través de la coparticipación tributaria municipal.

El Sistema único de Salud familiar Comunitario e Intercultural (SAFCI) constituye el eje de las políticas del sector salud del **2006 – 2017** y se propone eliminar la exclusión social sanitaria, profundizar la participación social, integrar los servicios y las personas, las familias y las comunidades, así como revalorizar la medicina tradicional, construyendo a mejorar las condiciones de vida de la población.

En la actualidad se hace necesario rescatar toda la experiencia puesta a prueba, aprender de las lecciones positivas y negativas y establecer un modelo que se estructure en base a “Recursos Humanos” capacitados en APS, “responsabilidad comunitaria”, conjuntamente los equipos de salud; definición de estructuras comunitarias e institucionales como casas comunitarias de salud, centros de salud primarios como puentes entre la comunidad y las Redes Integradas de Salud.

Acciones futuras para las Academias de Medicina

Las Academias de Medicina en su responsabilidad social que les compete, debe generar un pensamiento crítico de lo sucedido desde Alma-Ata y proponer

un nuevo pensamiento académico que oriente a los hacedores de políticas públicas, de tal manera que al involucrarse liderize y promueva el proceso de renovación de la APS con el fin último de mejorar la salud de la población y la equidad. Evalúe los avances y situación de la APS y se integre en un grupo de trabajo para proponer la revaloración de la APS y la disponibilidad de recursos financieros de un nuevo modelo de APS.

En el actual contexto **las Academias de Medicina** pueden jugar un rol favorable a una renovación de la APS. Hay signos claros y positivos de un mayor deseo de colaborar en el establecimiento de sistemas sostenibles para la salud en lugar de aplicar enfoques parciales y fragmentados.

Al mismo tiempo, se abre la perspectiva para que **las Academias de Medicina** coadyuben a abogar por la inversión interna en la revitalización de los sistemas de salud en torno a los valores de la APS. El crecimiento del PIB en nuestros países, está impulsando el gasto sanitario. Aprovechar este crecimiento económico brindaría oportunidades para introducir las reformas necesarias de la APS que no se hicieron en los años ochenta y noventa.

Las Academias de Medicina pueden trabajar con las autoridades sanitarias y los dirigentes políticos en los cambios

en la demanda y los desafíos sanitarios y a las crecientes expectativas en relación con la salud, lo que acentúa la oportunidad de aplicar las reformas en pro de la APS. La frustración de la gente y la presión por que haya una atención de salud distinta y más equitativa y una mayor protección en salud para la sociedad están en aumento: nunca hasta ahora había habido expectativas tan grandes con respecto a lo que las autoridades sanitarias, y en concreto los ministerios de salud, deberían estar haciendo a ese respecto.

A lo largo de ese proceso, el tema de la salud, ha ocupado un lugar destacado. Esto brinda a **las Academias de Medicina** la oportunidad de imprimir más eficacia a la acción sanitaria, y crea además las condiciones sociales necesarias para establecer alianzas sólidas dentro y fuera del sector de la salud. Así, las actividades intersectoriales vuelven a ser protagonistas.

Bibliografía

- Natalia Yavich, Ernesto Pablo Báscolo; Jeannie L. Haggerty, : Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina
- Fernández, Andrés | Erazo, Marcia La atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: principales retos y contribución de las tecnologías de la información y de las comunicaciones, 2014
- Alexandra Giraldo Osorio; Consuelo Vélez Álvarez : La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina, 2016
- Informe sobre la salud en el mundo 2008 La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca
- Regreso a Alma-Ata Dra. Margaret Chan Directora General de la OMS, 2008
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978
- Martínez Hernández, Juan (2006). Díaz de Santos, ed. Manual de higiene y medicina preventiva hospitalaria (Primera edición). Madrid. 1978
- Foro de Médicos de Atención Primaria. Día de la Atención Primaria 2011. Manifiesto. 12/04/2011.
- SEMERGEN : Día Nacional de la Atención Primaria.. 2017.
- Roberto Dullak, María Isabel Rodríguez-Riveros, Ivani Bursztyn, María Stella Cabral-Bejarano, Monica Ruoti, María Elsa Paredes, Carmen Wildberger, Faustina Molinas. **Atención Primaria en Salud en Paraguay.** 2010.
- Horacio Toro Ocampo, Servicios Sociales y salud Colectiva, Congreso Boliviano de Salud Pública, 2004

- Horacio Toro Ocampo: Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; OPS/OMS-Brasil. 2006
- Horacio Toro Ocampo, acciones de salud materno- infantil a nivel local: Integralidad de la atención, marco conceptual. Brasil 2006
- Horacio Toro Ocampo, “Determinantes sociológicos y antropológicos de la pérdida reproductiva” Bolivia, 2015
- Horacio Toro Ocampo, Parto Gratuito, UNICEF-MINSA, Bolivia, 1984
- Horacio Toro Ocampo; Pisando el Barro por la Salud, Bolivia 2007
- Horacio Toro Ocampo, Asistencia Integral en el Continuo de Vida de las Personas, Bolivia 2017
- OPS/OMS. “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Washington DC, 2007
- OMS. “La Atención Primaria de la Salud Más necesaria que nunca” Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo, Ginebra, Suiza, 2008
- OPS/OMS. “Sistemas de Salud basados en el Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washington DC, 2008
- OPS/OMS “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de Política y hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washington DC, 2010
- Seoane L, “Apuntes sobre género, sus indicadores y las políticas públicas en salud materna y neonatal” ABOLMED. La Paz, 2017
- OPS/OMS “Estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (ACUS)” Washington DC, 2014
- OMS. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra, Suiza, 2007

Venezuela: aspectos epidemiológicos y socio-económicos del cáncer ante el colapso del sistema de salud.

Dr. Enrique Santiago López-Loyo*



1. Introducción'

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en su iniciativa de estudio internacional multidisciplinario conocido como Globocam, identificó al cáncer como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, con aproximadamente 14 millones de nuevos casos solo para el 2012, esperando que el número total de nuevos casos aumente hasta el 70% en los próximos 20 años. Como causa de mortalidad ocupa el segundo lugar en el mundo, atribuyéndole 8.8 millones

* Médico Anatomopatólogo, Doctor de Ciencias Médicas, Expresidente de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, Individuo de Número ANM y Secretario de la Junta Directiva ANM 2016-2018.

de muertes para el año 2015, de ellas hasta el 70% se producen en países de ingresos bajos o medios, dada las orientaciones actuales de los tratamientos exitosos que requieren grandes inversiones en el aseguramiento de una atención de calidad, inicialmente basada en políticas claras de educación y prevención y que requieren en la terapéutica la aplicación de medicamentos que forman parte de programas de medicina personalizada, con menor probabilidad de toxicidad pero con un altísimo costo, limitando la accesibilidad de grandes grupos poblacionales. La OMS ha identificado que hasta en un tercio de las muertes por cáncer están asociados los 5 principales riesgos conductuales y dietéticos, a saber de el alto índice de masa corporal, la baja ingesta de frutas y verduras, la falta de actividad física, el alto consumo de tabaco y el consumo de alcohol (1).

En estudio Globocam identifica al consumo de tabaco como el factor de riesgo más importante para el cáncer (2). Por otra parte también establece que las infecciones causantes de cáncer, como la hepatitis y el virus del papiloma humano (VPH), están directamente relacionadas con el 25% de los casos de cáncer (3).

En cuanto a las políticas públicas que los estados y la forma de hacer operativas las medidas para de control de esta entidad, se identificó que en la mayoría de los países el cáncer mostró una presentación en etapa tardía y su

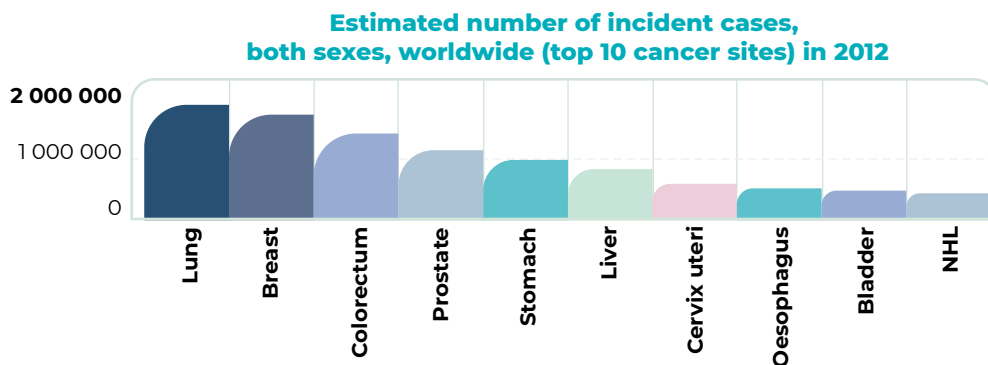
diagnóstico y tratamiento tuvieron en común el ser inaccesibles para la mayoría de la población. En 2017, solo el 26% de los países de bajos ingresos informaron tener servicios de patología generalmente disponibles en el sector público. Más del 90% de los países de altos ingresos informaron que los servicios de tratamiento están disponibles en comparación con menos del 30% de los países de bajos ingresos. Se determinó que el impacto económico del cáncer es significativo y sigue en aumento progresivo de la mano con la aplicación de terapias cada vez más sofisticadas, informando que el costo económico total anual del cáncer en 2010 se estimó en aproximadamente US \$ 1,16 billones (4) .

Por otra parte la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD) que integran 35 países y que incluyen a las naciones desarrolladas y a otras de carácter emergente como Indonesia, Brasil y La India, en su definición de su indicador de muertes por cáncer, determina que hay más de 100 tipos diferentes de cáncer y que para esa gran cantidad de tipos el riesgo de desarrollar la enfermedad aumenta con la edad. Las tasas de mortalidad se basan en el número de muertes registradas en un país en un año, dividido por el tamaño de la población correspondiente. Las tasas se han estandarizado directamente según la edad de la población de la OCDE de 2010 para eliminar las variaciones derivadas de las diferencias en

las estructuras de edad entre los países y en el tiempo. En este grupo de países cada año se diagnostican más de 5 millones de nuevos casos, con una media de aproximadamente 261 casos por cada 100 000 personas. Para esta organización el cáncer es la causa de más de la cuarta parte del total de muertes y, en términos de años potenciales de vida perdidos, es un problema más grave que los infartos de miocardio o los accidentes cerebrovasculares tanto en hombres como en mujeres. (5).

Considerando los diez órganos más afectados por cáncer a nivel mundial en el año 2012, el IARC-OMS identificó los carcinomas de pulmón, mama, colorectal, próstata y estómago como los que encabezan la incidencia en ambos sexos, destacando el aumento significativo en la mujer de las neoplasias de la glándula mamaria y en el hombre del cáncer de pulmón y próstata respectivamente, siendo estos datos de gran importancia en el momento en que los estados direccionen los esfuerzos en programas de prevención, diagnóstico y tratamiento específico (6) (Figura 1).

Figura 1. Incidencia de casos por cáncer para 2012 en el mundo considerando el órgano afectado.



Data source: GLOBOCAN 2012
Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)
International Agency for Research on Cancer 2018

Fuente: Cáncer Today, IARC-OMS 2018.

En Venezuela y de acuerdo con el último Anuario de Mortalidad disponible del año 2013 emitido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, se establece que las cinco primeras causas de mortalidad incluyen las enfermedades del corazón, con 20,61% del total de muertes; cáncer con 15,42%; diabetes con 7,64%, aumentando dos posiciones en relación

con el año 2012, las enfermedades cerebrovasculares con 7,45%, con una disminución de dos posiciones con respecto a 2012 y los accidentes de todo tipo con el 6,34% de la frecuencia (7). El tipo de cáncer con más incidencia en el país es el de cuello uterino, registrándose 32 nuevos casos por cada 100 mil mujeres al año, casi igualando las cifras de África, donde

se presentan 33 casos nuevos por año; sin embargo el cáncer de mama desde el año 2009 ocupa la primera causa de muerte por cáncer en las venezolanas, desplazando al cáncer de cuello uterino.

En el país la incidencia general de cáncer de cuello uterino, linfomas, mama y pulmón es más alta que en la mayoría de los países de América Latina de acuerdo al análisis comparativo que se desprende del estudio Globocam 2012. También en cuanto a la mortalidad del cáncer de cuello uterino, mama, linfomas, colorectal y pulmón, Venezuela muestra la mayor cantidad de muertes en relación a la gran mayoría de los países de la subregión (8).

II. Fundamentos de los programas de atención oncológica

Los retos que plantea la atención de los pacientes oncológicos tienen como punto de partida el garantizar los estándares de calidad de los programas que busquen como objetivo fundamental mejorar los índices de supervivencia de estos pacientes.

El convertir el cáncer de una patología mortal a un estado patológico crónico al que pasa el paciente que logra la remisión completa de la enfermedad y engrosa las filas de los sobrevivientes, establece un aumento significativo de los

recursos financieros que los estados deben orientar a estos programas, los cuales se enfrentan a la creciente incidencia de cáncer, a esa prolongada supervivencia y al altísimo costo de los nuevos medicamentos. Esto tomando en cuenta, que como referencia, los países de la OCDE han establecido que el gasto sanitario total para la atención del cáncer representa alrededor del 5%. De igual forma establecieron el impacto económico global de las muertes prematuras y la discapacidad causada por el cáncer que es de alrededor de 900.000 millones de dólares, lo cual supera con creces al impacto que producen los infartos de miocardio.

De cara a la situación actual los sistemas sanitarios deben mejorar sus resultados en la lucha contra el cáncer. La detección temprana puede asegurar la curación en un tercio de los casos de cáncer, complementada por adecuados y oportunos esquemas de tratamiento. La OCDE también define que otro tercio de los casos actuales de cáncer podría prevenirse totalmente si se adoptaran más medidas efectivas en materia de salud pública. Desde 1995 ha habido una ligera disminución de la mortalidad por cáncer a diferencia de los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, con un descenso muy poco significativo.

La asistencia sanitaria presenta un conjunto de características que se basan en la aplicación de estrategias clínicas sistemáticas que incluyen una serie

de pruebas que conforman lo que se ha dado en conocer como el “itinerario del paciente” que incluyen el cumplimiento de varias etapas que parten de la detección precoz, el diagnóstico, tratamiento específico, seguimiento periódico y cuidados paliativos. Debemos recordar además que las estrategias de prevención constituyen de igual forma una fase que es fundamental de la asistencia oncológica. Estas estrategias están soportadas por una visión de carácter holístico que tome en cuenta la ayuda psicosocial y la comunicación eficaz y coordinada entre los equipos de aplicación clínica, los pacientes en el contexto de una familia integrada a su problemática particular y el personal de cuidadores. Otro aspecto a tomar en cuenta es que las decisiones políticamente correctas son fundamentales para que los estados garanticen que estos programas sean eficaces en la cobertura de la población comprometida.

Se desprenden a partir de estas premisas una serie de recomendaciones para el logro de una asistencia oncológica de calidad, en las cuales se incluyen:

- Proveer los recursos financieros, canalizando los mismos en el establecimiento de prioridades en la ejecutoria eficaz de los programas de lucha contra el cáncer.
- Garantizar la aplicación de una asistencia oncológica accesible y de calidad, recordando que es fundamental reforzar los programas de pesquisa

para lograr un diagnóstico en una fase temprana y asegurar el inicio oportunamente rápido de un tratamiento. El fin último es elevar las probabilidades de sobrevivir al cáncer.

- Optimizar continuamente los servicios sanitarios de asistencia oncológica, dado los cambios alternativos que se suscitan en los esquemas de tratamiento.
- Realizar el seguimiento y comparar resultados gracias a la provisión y manejo de los mejores datos, tomando en cuenta que existen diferencias entre los países en cuanto a su capacidad para evaluar los sistemas de asistencia oncológica y sus resultados. Se requiere la evaluación sistemática de los aspectos relacionados con los resultados de la asistencia contra el cáncer, la estructura de costos, los procesos y la calidad (9).

Es importante destacar que desde 2017, en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (ODCE) también se toma en cuenta lo concerniente a las políticas de cuidados de los pacientes con cáncer, para lo cual han establecido indicadores de calidad de la atención médica, ello basado en la directrices emanadas internacionalmente, que incluyen a un grupo de países que participan en el esfuerzo global para monitorear y publicar estimaciones de supervivencia del cáncer comparables mediante el programa llamado CONCORD para la Vigilancia Global de la

Supervivencia del Cáncer, dirigido por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. La iniciativa busca fortalecer la capacidad de un gran número de países para evaluar la efectividad de sus sistemas de salud en cuanto a la prestación de atención oncológica de la más alta calidad.

El programa CONCORD permite comparaciones oportunas de la efectividad general de los sistemas de salud en la atención de 18 cánceres que colectivamente representan el 75% de todos los cánceres diagnosticados en todo el mundo cada año. Contribuye a la base de pruebas para la política global sobre el control del cáncer. Se han utilizado los hallazgos del programa CONCORD como el punto de referencia oficial de supervivencia del cáncer, entre sus indicadores de la calidad de la atención de la salud en 48 países de todo el mundo. Los gobiernos deben reconocer los registros de cáncer basados en la población como herramientas clave de política que pueden utilizarse para evaluar tanto el impacto de las estrategias de prevención del cáncer como la efectividad de los sistemas de salud para todos los pacientes diagnosticados con esta patología (10).

III. Servicios oncológicos en Venezuela.

Desde el año 2013 se ha producido un deterioro progresivo de los servicios

oncológicos en Venezuela, atribuido por las autoridades del estado a la caída de la disponibilidad de divisas proveniente de la exportación de Petróleo. Como problema de salud pública el cáncer no recibe una efectiva y suficiente atención en Venezuela, no se aplican medidas que incluyan aspectos tan importantes como la promoción de estilos de vida saludable en el aspecto preventivo, los estudios de pesquisa son insuficientes en la búsqueda de su detección precoz y el logro de un tratamiento efectivo y en el tiempo justo es cada día más difícil para la población. Ello configura que las cifras de los indicadores epidemiológicos de afectados certificados en la incidencia y los fallecidos continúan en progresivo aumento.

A pesar de ser un problema de salud claramente reconocido, los reclamos de la población, de los pacientes y sus familiares que sufren esta terrible enfermedad, no son oportuna y eficientemente atendidos. En un reciente informe preparado por la Alianza Venezolana por la Salud, de la cual forma parte la Academia Nacional de Medicina de Venezuela y la Sociedad Venezolana de Salud Pública (AVS-SVSP) se destaca que no se dispone de un boletín oficial por menorizado y actualizado del Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer, ni del diseño, planificación y organización del Instituto Nacional de Cáncer que tendría la responsabilidad de coordinar el programa a partir de 2012. En

Venezuela, una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años, puede padecer alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de morir por cáncer; representa aproximadamente el 15 % de la mortalidad diagnosticada en el país. La tasa estandarizada por edad, de incidencia para la suma de ambos sexos en 2012 se estimó en $150,03 \times 100.000$ h, para la prevalencia de $484,47 \times 100.000$ y para la mortalidad en $85,56 \times 100.000$. La relación entre mortalidad e incidencia por cáncer en Venezuela (RMI) es de 0,58; mientras que para Europa con una incidencia más elevada de 264×100.000 habitantes, la relación (RMI) es de 0,43 y en los Estados Unidos para una incidencia de 300×100.000 habitantes la relación (RMI) también es mucho más baja 0,35. (11)

El valor de RMI elevado en Venezuela es indicador de falla de la identificación precoz de la enfermedad y de inicio tardío y no eficiente del tratamiento. Múltiples causas están involucradas como factores contribuyentes para el aumento de los casos y las muertes por cáncer en Venezuela, entre otras el aumento de los estilos de vida sedentarios, hábitos alimentarios no saludables, consumo de tabaco, consumo de alcohol, contaminantes ambientales cancerígenos, exposición a la radiación solar, urbanización y envejecimiento de la población, así como a las debilidades en los programas nacionales de lucha contra el cáncer y a las carencias de re-

ursos necesarios para prevenir, diagnosticar y tratar el padecimiento (11).

Históricamente la provisión de las terapias oncológicas se hacía gratuitamente a los pacientes afiliados al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, lo cual se extendió de forma progresiva a aquellos no afiliados con bajos recursos o no cubiertos por compañías de seguro privadas. De acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) la población sin seguro de salud es superior al 50% desde la primera medición en 2014 y entre 2015 y 2016 el 10% de la población perdió la cobertura de seguro de salud al alcanzar prácticamente al 65%. Este hallazgo de ENCOVI es compatible con el hecho de que Venezuela tiene la mayor proporción de gasto de bolsillo en América, alcanzando al 64% de la población en el año 2014, según cifras de la OMS (12).

Las terapias llamadas de “alto costo” no solo incluyeron quimioterápicos convencionales, sino que también se cubrían los requerimientos de terapia biológica, siendo los medicamentos de última generación para pacientes de cáncer de mama o linfomas los que más se beneficiaron de este programa extendido, y que también cubría a pacientes trasplantados, con enfermedades crónicas como lupus o artritis reumatoide y quienes requerían antiretrovirales para mantener una evolución estable en condición de positividad para el VIH.

Las inversiones del estado desaparecieron de forma intempestiva, dejando sin provisión de medicamentos oncológicos no solo al grueso de los pacientes afiliados a la red pública de salud, sino que al no autorizar vía control cambiario la utilización de divisas a las grandes farmacéuticas, aquellos con posibilidad de costearse tales medicamentos también se quedaron sin los mismos debido al cierre de estas compañías en el país. La progresión del cáncer y todas estas patologías ha sido la consecuencia fundamental, con el subsecuente aumento descomunal de la mortalidad, la cual no es debidamente informada por el Ministerio de Salud, tomando en cuenta que no publica desde 2013 los anuarios de mortalidad en el país.

Los pacientes que pueden viajan a la frontera con Colombia a buscar las terapias requeridas para combatir el cáncer o quienes tienen familiares que han emigrado en búsqueda de la ayuda que requieren sus familiares, son los únicos que pueden acceder a un esquema de terapia parcialmente regular, a veces a destiempo o incompleta.

Una mención aparte merecen los Servicios de Pediatría oncológica, en especial el del Hospital “José Manuel de los Ríos” en Caracas, Centro Nacional de Referencia, en el cual se vivió la penosa situación, donde se hacían sorteos los días lunes de un solo ciclo de quimioterapia, entre docenas de pacientes que

las requerían. Se reseñaron las escenas de dolor de madres que volvían a sus hogares a ver morir a sus hijos, desprovistas hasta de analgésicos para paliar su difícil situación.

En el informe AVS-SVSP 2018 se puntualiza que la ejecutoria de estrategias de lucha contra el cáncer en Venezuela falla en los aspectos preventivos y de promoción de la salud, siendo aislados los esfuerzos para el despistaje precoz de cáncer, con especial énfasis el del cuello uterino, mama, próstata y colon. Los recursos de diagnóstico e investigación en los hospitales se encuentran inoperativos, al no contar con dotación de reactivos e insumos para servicios claves como los de anatomía patológica, desprovistos de estudios de inmunohistoquímica y patología molecular, sin la capacidad de establecer parámetros en la confirmación diagnóstica de los casos de neoplasias y fundamentar su evaluación con marcadores de valor pronóstico que orienten de forma adecuada y oportuna las terapias. Esta situación ha impactado de manera decisiva sobre la calidad de la atención pública del paciente con cáncer a nivel nacional y los diagnósticos se retrasan durante meses, en consecuencia, en muchos casos, el inicio del tratamiento es tardío.

Las intervenciones quirúrgicas electivas en los servicios de cirugía oncológica existentes en los hospitales públicos del país se han visto obstaculizadas

por las precarias condiciones hospitalarias, tanto por el deterioro de las infraestructuras de los establecimientos, como por la obsolescencia de los equipos e instrumentos y la falta de inversión que se han acumulado en los últimos años, con una estimación de reducción de intervenciones quirúrgicas oncológicas en más de un 50% (11).

Los cuidados especiales, que requieren los pacientes con cáncer, los equipos

de diagnóstico de alta tecnología y las diversas modalidades de tratamiento especializado del cáncer, con propósitos curativos y paliativos, en el sector público, se encuentran seriamente comprometidos. De acuerdo con el boletín emanado de la Sociedad Venezolana de Oncología en noviembre de 2017, existe un grave deterioro de los servicios de atención oncológica hospitalaria (13) (Cuadro 1) situación que fue abordada en detalle en el informe AVS-SVSP 2018.

Cuadro 1. Situación de los Servicios Oncológicos en Venezuela. Noviembre 2017.

Institución	Servicio	Estado
<i>Oncológico Luis Razetti (Caracas)</i>	Quimioterapia	Activa. 90 % fallas en medicamentos
	Radioterapia	Fuera de servicio
	Cirugía	Activa. Mayoría de Insumos provistos por pacientes
	Imágenes	Si tomografía. No mamografía
	Med. Nuclear	Ocasional. Solo cuando llegan isótopos
<i>Oncológico Padre Machado (Caracas)</i>	Quimioterapia	Activa. Serias limitaciones en drogas antineoplásicas
	Radioterapia	Activa. Solo radioterapia externa
	Cirugía	activa con déficits en insumos
	Imágenes	Si tomografía. Si mamografía
	Med. Nuclear	Ocasional. Solo cuando llegan isótopos
<i>Hospital Domingo Luciani (Caracas)</i>	Quimioterapia	Activa. Múltiples fallas en drogas antineoplásicas
	Radioterapia	Activa. solo radioterapia externa
	Cirugía	Activa. Casos electivos
	Imágenes	Si tomografía. No mamografía
	Med. Nuclear	Ocasional. Solo puebas Yodo
<i>Hospital Universitario de Caracas</i>	Quimioterapia	Solo consultas. No colocan tratamientos
	Radioterapia	Fuera de servicio
	Cirugía	Activa con déficit de insumos y turnos operatorios
	Imágenes	Si tomografía. No mamografía
	Med. Nuclear	Activo. solo cuando llegan radioisótopos

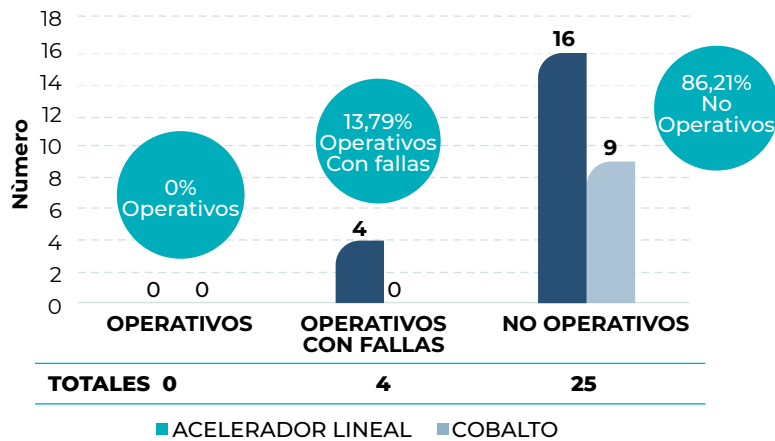
Institución	Servicio	Estado
<i>Oncológico Pérez Carreño (Valencia)</i>	Quimioterapia	Activa. Serias limitaciones en drogas antineoplásicas
	Radioterapia	Fuera de servicio
	Cirugía	Activa a la cuarta parte de la capacidad
	Imágenes	No tomografía. No mamografía
	Med. Nuclear	Ocasional. Solo cuando llegan isótopos
<i>Servicio Oncología HUM (Maracalbo)</i>	Quimioterapia	Activa. Limitaciones en drogas antineoplásicas
	Radioterapia	Fuera de servicio
	Cirugía	Activa casos electivos
	Imágenes	No tomografía. No mamografía
	Med. Nuclear	Solo cuando llegan los isótopos
<i>Servicio Oncología HIR (Barcelona)</i>	Quimioterapia	Activa. 90% fallas en medicamentos
	Radioterapia	Activa. No simulador
	Cirugía	Activa con limitantes. Promedio 6 operaciones / mes
	Imágenes	No tomografía. No mamografía
	Med. Nuclear	No disponible
<i>Unidad Oncológica Virgen del Valle (Ciudad Bolívar)</i>	Quimioterapia	Activa. Serias limitaciones en drogas antineoplásicas
	Radioterapia	Fuera de servicio
	Cirugía	Solo cirugías menores
	Imágenes	No tomografía. No mamografía
	Med. Nuclear	No disponible

Fuente: Reporte de la Sociedad Venezolana de Oncología. Noviembre 2017.

La capacidad operativa actual, a nivel nacional, está reducida a solo 4 de las 25 unidades de radioterapia externa que son unidades de aceleradores lineales con falla instalados (16%) y equivalen al 13,79% de todas las unidades de radiación externa, en la Red Pública de Oncología (RPO); esta red solo es capaz de atender una cantidad menor de

2.923 pacientes por año. Ello representa una reducción de la capacidad de atención de la RPO de 84,62%, porque 16 aceleradores lineales y 9 bombas de cobalto no están operativos. Siendo el déficit estimado de oferta de servicio de 23.077 pacientes por año, equivalente al 88,75% de la demanda anual (Figura 2).

Figura 2. Venezuela. Operatividad de equipos de Radioterapia externa. Febrero 2018.

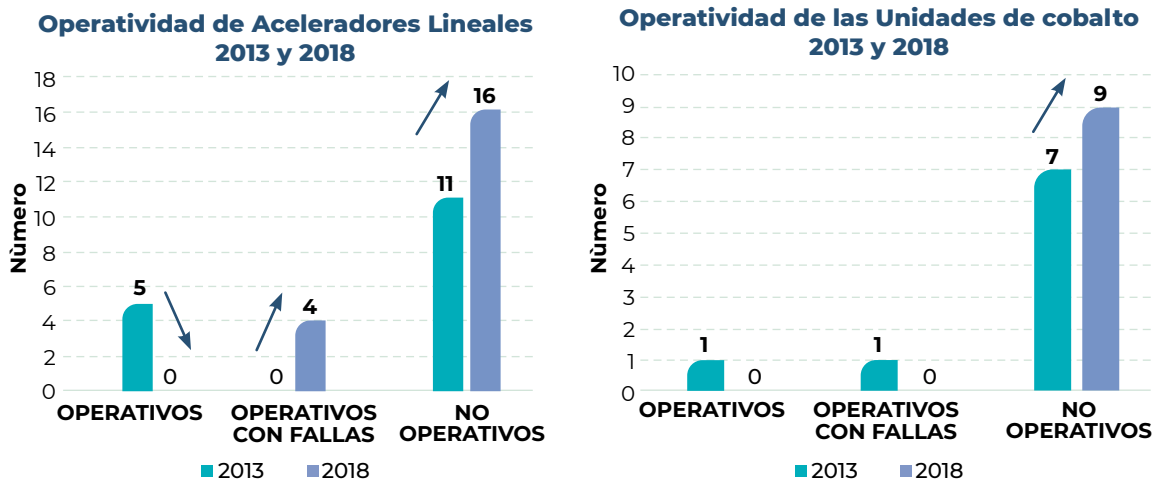


Fuente: Informe AVS-SVSP. Febrero 2018.

El número de Aceleradores lineales no operativos, aumentó entre 2013 a 2018 de 11 a 16 (45,45%). El número de Aceleradores lineales parcialmente operativos (con fallas) pasó de 0 a 4. Ya no quedan Aceleradores lineales operativos

de los 5 que se identificaron en 2013. En 2013, dos Bombas de Cobalto operaban, una plenamente y la otra con falla. En febrero de 2018, ninguna de las bombas de cobalto se encuentra operativas (Figura 3).

Figura 3. Venezuela. Operatividad de aceleradores lineales y bombas de cobalto. Febrero 2018.



Capacidad inicial instalada 26 unidades para atender 19 000 pacientes x año
 Capacidad operativa actual con 4 unidades (con falla), menor de 2 923 pacientes
 Reducción de la capacidad de atención de 84,62%
 Demanda estimada de servicio 26 000 pacientes por año
 Déficit estimado de servicio 23 077 pacientes (88,75%) de la demanda anual

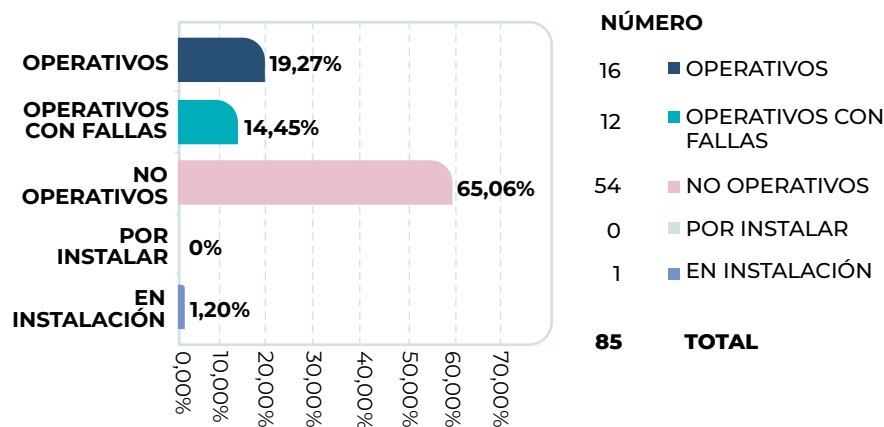
Fuente: Informe AVS-SVSP. Febrero 2018.

En cuanto a la operatividad general de los equipos mayores de la RPO del país, esta se encuentra gravemente comprometida. De 85 equipos, 54 están inoperativos (65,06%), 12 están operativos con fallas (14,45%) y solo 16 están operativos (19,27%). Solo uno está en instalación y ninguno por instalar (Figura 3).

Los equipos de simulación, indispensables para calcular y diseñar los planes de radiación externa a la que van a ser sometidos las personas afectadas por cáncer, también están en situación

crítica porque de los 22 equipos instalados, 19 de ellos (86,36%) están inoperativos. Uno (4,55%) está operativo con fallas. Solo 2 (9,09%) funcionan correctamente. Igual situación presentan los equipos de braquiterapia (radiación interna), la cual es una modalidad diseñada para algunos tipos específicos de cáncer, tales como de próstata, cuello uterino, cabeza y cuello, entre otros, porque siete de 18 equipos (38,88%) están inoperativos. Dos funcionan con fallas (21,12%), mientras que 9, (50,0%) están en capacidad de funcionar (11).

Figura 4. Venezuela. Operatividad de equipos mayores de la red pública oncológica. Febrero 2018.



Fuente: Informe AVS-SVSP. Febrero 2018.

IV. Estrategias en la aplicación de políticas de salud exitosas en la lucha contra el cáncer, identificando factores de riesgo.

El cáncer como problema de salud pública plantea un conjunto de estrategias que aunque de carácter global

implican el compromiso de los estados en sus estamentos de gerencia sanitaria para la aplicación de las mismas con el fin de evitarlo como patología, tales estrategias están basadas en la prevención primaria y en el diagnóstico precoz. Se estima que entre el 80 al 90% de los cánceres son prevenibles.

La prevención primaria debe permitir identificar y aislar los factores que al ser evitados o reducidos en su contacto con el individuo impidan el libre desarrollo de la enfermedad. Así surgen los llamados factores de riesgo modificables asociados a un estilo de vida saludable, fundamentos de los elementos epidemiológicamente identificados por la OMS en sus programas (14)

Dentro de tales factores de riesgo se incluyen el consumo de tabaco, una alimentación inadecuada y la falta de actividad física, que contribuyen al desarrollo de las más frecuentes enfermedades crónicas, tales como las cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y el cáncer, todas por cierto, son las responsables directas del 50% de las muertes en el mundo. Estos tres factores junto a las exposiciones laborales, que pueden someter a grupos de población a carcinogénicos en concentraciones mayores que la población general, las medioambientales, aquellas a las cuales está expuesta la población general y no pueden ser controladas directamente por el individuo, explican la mayor parte de los cánceres que se producen en la población. Estas exposiciones nocivas no se distribuyen entre la población al azar, siendo aquellas poblaciones de una posición social más baja las que acumulan más exposiciones para la salud, tales como las localizadas en el entorno de complejos industriales (15).

El tabaquismo es el factor de riesgo evitable que por sí solo produce más muertes por cáncer en todo el mundo, que suman aproximadamente el 22% de las muertes anuales por esa causa. En 2004 se atribuyeron al tabaquismo 1,6 millones de los 7,4 millones de muertes por cáncer.

El humo de tabaco provoca muchos tipos de cáncer distintos, como los de pulmón, esófago, laringe en las cuerdas vocales, boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello del útero. Alrededor del 70% de la carga de cáncer de pulmón puede atribuirse al tabaquismo como única causa. Se ha demostrado que el humo “ajeno o del otro”, también llamado “humo ambiental”, causa cáncer de pulmón en adultos no fumadores. El tabaco sin humo en sus formas de productos de tabaco orales, tabaco de mascar o en polvo, son productores de cáncer de boca, esófago y páncreas.

Por todo esto se deben reforzar las campañas educativas de concientización y el establecimiento de zonas libres del humo del tabaco con advertencias acerca del peligro inminente que representa su consumo para la salud (14).

En su Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo fechado en 2017 la OMS destacó los progresos de los países que adoptaron legislación completa sobre espacios sin humo que abarca to-

dos los lugares públicos cerrados y lugares de trabajo, mientras que otros avanzaron hacia un nivel de mejores prácticas con sus servicios de ayuda para dejar de fumar, en la aplicación de etiquetas de advertencia e incrementaron los impuestos sobre el tabaco, de manera que las tasas representan como mínimo el 75% del precio al por menor (16).

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer, como los de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y recto, y mama. El riesgo de cáncer aumenta con la cantidad de alcohol consumida. El riesgo que supone beber en exceso para varios tipos de cáncer, tales como como los de la cavidad bucal, faringe, laringe y esófago, aumenta notablemente si el bebedor también es un fumador empedernido.

La fracción atribuible al alcohol en el caso de determinados tipos de cáncer relacionados con su consumo varía según se trate de hombres o mujeres, sobre todo por las diferencias en el nivel medio de consumo. Así está establecido que el 22% de los casos de cáncer de boca y orofaringe en los hombres son atribuibles al alcohol, mientras que en las mujeres la carga de morbilidad atribuible a esa causa se reduce al 9%.

En el marco de su 63ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS en su sesión del día 21 de mayo de 2010 presentó su

Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. En ella afirma que la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles y determinar esferas prioritarias para la acción mundial; y que se trata de una serie de opciones de política y medidas que pueden estudiarse para aplicarlas y adaptarlas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública, y los recursos y capacidades. Seguidamente insta a los estados a que adopten y apliquen la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol según sea oportuno, con el fin de complementar y respaldar las políticas de salud pública de los estados miembros destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y a que movilicen la voluntad política y los recursos financieros necesarios para tal fin; seguidamente los invita a que continúen aplicando las resoluciones de la Organización, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol, y sobre los problemas de salud pública causados por su uso nocivo. De igual forma deben estar alertas a su debido cumplimiento y presentar informes periódicos para su oportuna evaluación (17).

La modificación de la alimentación es considerada como otra forma de afrontar la lucha contra el cáncer. Existe

una conexión entre el sobrepeso y la obesidad, por un lado, y muchos tipos de cáncer, como el de esófago, colon y recto, mama, endometrio y riñón, por el otro. Las dietas ricas en frutas y hortalizas pueden tener un efecto de protección contra muchos tipos de cáncer. Por el contrario, el consumo excesivo de carnes rojas y en conserva puede estar asociado a un mayor riesgo de contraer cáncer colorectal. Además, unos hábitos alimentarios saludables que previenen el desarrollo de tipos de cáncer asociados al régimen alimentario contribuyen también a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. La actividad física regular y el mantenimiento de un peso corporal saludable, junto a una dieta sana, reducirán considerablemente el riesgo de contraer cáncer. Deberían aplicarse políticas y programas nacionales para promover una mayor conciencia y reducir la exposición a los factores de riesgo, y para asegurarse de que las personas reciban la información y el apoyo que necesitan para adoptar estilos de vida saludables (14).

La OMS ha elaborado las Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud con el objetivo general de proporcionar a los formuladores de políticas, a nivel nacional y regional, orientación sobre la relación dosis-respuesta entre frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física y prevención de las enfermedades no transmisibles (18).

Los agentes infecciosos son la causa de casi el 22% de las muertes por cáncer en los países en desarrollo y el 6% en los países industrializados. Las hepatitis virales B y C provocan cáncer de hígado y la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), cáncer del cuello del útero; la bacteria *Helicobacter pylori* aumenta el riesgo de cáncer de estómago.

En Venezuela se presenta la infausta situación de ser el único país de las Américas, junto con Cuba, que no tienen la vacunación contra el VPH, a pesar de estar aprobada su implementación en el Programa Nacional de Inmunizaciones, aún con recursos para su adquisición cuando se hizo la presentación de la primera generación de las vacunas, al interior de los niveles de decisión se alegaron razones para no “alimentar la comercialización indebida con la salud” que propiciaban elementos de la industria farmacéutica internacional. En agosto de 2016 las autoridades finalmente aprueban Bs. 281 millones para la adquisición de la vacuna contra el VPH, con el fin de cubrir a las pacientes femeninas entre los 9 y los 14 años, siendo estimada la distribución de 6 millones de dosis, con un refuerzo a los seis meses. Se programó el inicio para el mes de marzo del año 2016, sin embargo, jamás se produjo su aplicación ni se estableció si en verdad fueron adquiridas (19).

En algunos países, la esquistosomiasis parasitaria aumenta el riesgo de

contraer cáncer de vejiga; en otros, el trematodo del hígado aumenta el riesgo de colangiocarcinoma de las vías biliares. Entre las medidas preventivas destacan la vacunación y la prevención de infecciones e infestaciones (4).

Más de 40 agentes, mezclas y circunstancias de exposición en el ambiente laboral son cancerígenos para el hombre y están clasificados como carcinógenos ocupacionales. La relación causal entre los carcinógenos ocupacionales y el cáncer de pulmón, vejiga, laringe y piel, la leucemia y el cáncer nasofaríngeo está bien documentada. El mesotelioma está determinado en gran medida por la exposición al amianto por razones laborales. Los cánceres de origen laboral se concentran en determinados grupos de la población activa, para los que el riesgo de desarrollar una forma particular de cáncer puede ser mucho mayor que para el resto de la población. Aproximadamente entre el 20% y el 30% de los hombres y entre el 5% y el 20% de las mujeres en edad de trabajar, es decir, de 15 a 64 años, pueden haber estado expuestos a carcinógenos pulmonares durante su vida laboral, lo que representa alrededor del 10% de los casos de cáncer de pulmón en todo el mundo. En torno al 2% de los casos de leucemia en todo el mundo pueden atribuirse a la exposición en el lugar de trabajo (4).

Otros agentes como las radiaciones ionizantes son carcinogénicas para el

hombre. Los conocimientos disponibles sobre los riesgos que comportan las radiaciones proceden principalmente de estudios epidemiológicos sobre los sobrevivientes japoneses a la bomba atómica, así como de estudios de cohortes expuestas a radiaciones médicas y en el ambiente de trabajo. Las radiaciones ionizantes pueden provocar leucemia y varios tumores sólidos, y los riesgos son mayores dependiendo del tiempo de exposición.

Las radiaciones ultravioleta, y en particular las solares, son carcinógenas para el ser humano y provocan todos los principales tipos de cáncer de piel, como el carcinoma basocelular, el carcinoma de células escamosas y el melanoma. Se debe evitar la exposición excesiva y utilizar filtro solar y ropa de protección como medidas preventivas eficaces. Mención aparte merecen las medidas de bloqueo o de barrera tiroidea en la prevención del carcinoma de esa glándula (20,21).

V. Conclusiones y recomendaciones.

El cuadro general que encontramos en la Venezuela de 2018 al hacer un repaso por el estado real de los programas nacionales de diagnóstico y tratamiento de cáncer sin duda alguna configuran una profunda tragedia, no escapando de la dramática situación del país en todos los ámbitos de su quehacer. De

acuerdo con esto los retos que plantea el estado terminal del sistema público de salud en Venezuela están basados en un cambio de la situación general del país, tomando en cuenta que el diseño equivocado de las políticas públicas a lo largo de 20 años ha priorizado la ideologización de los programas conducidos por individuos carentes de virtudes académicas y profesionales, desplazando a quienes en jerarquía meritocrática habían conducido bajo una visión técnica la estructuración de las estrategias de la lucha contra el cáncer. Bajo este sino destacó el desvío de recursos financieros para el pago de “agentes de salud” procedentes de la llamada “Misión médica Cubana” y para la tercerización de la compra de equipos, materiales y medicamentos de muy baja calidad, muchos de ellos en fase de obsolescencia y con evidente sobreprecio. Esa constituyó la primera fase del desmantelamiento, haciendo uso de una elevada disponibilidad de divisa extranjera en los tiempos de altos precios petroleros, sin embargo a raíz de la debacle financiera del país se mantuvo ese dominio de uso ilícito de los mermados recursos, los cuales no se canalizaron para el mantenimiento preventivo de equipos y al abastecimiento de insumos y medicamentos sino que fueron utilizados para mantener la cuota burocrática de quienes a través de una invasión permitida con más de 80 mil individuos continuaron desangrando a nuestro depauperado estamento sanitario. El drama

de los pacientes con cáncer en todos los grupos etarios no importó a quienes hicieron uso discrecional de los ahora escasos recursos.

Desde la Academia Nacional de Medicina de Venezuela se plantea la reconstrucción de la estructura oncológica nacional, en la búsqueda de la recuperación integral del Programa Nacional de lucha contra el Cáncer, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Restituir la dotación oportuna de medicamentos de quimioterapia debidamente certificados, propiciando el regreso de las empresas proveedoras de la industria farmacéutica a quienes se le deben honrar los compromisos de pago que no han sido debidamente cumplidos, con el fin de garantizar el correcto y oportuno tratamiento curativo y preventivo de los pacientes con cáncer.
- Restablecimiento de los protocolos de mantenimiento de los equipos mayores de radioterapia oncológica, de diagnóstico nuclear, morfológico-histopatológico y de patología molecular de la red pública oncológica, a partir de su necesaria adecuación tecnológica.
- Autorizar a la red oncológica privada de salud, para la provisión de las divisas requeridas para mantener su operatividad funcional.

- Reestructuración de la infraestructura de salud del país promoviendo su adecuación a los requerimientos actuales para su funcionamiento óptimo, incluyendo la remodelación de las salas quirúrgicas y de terapias a cargos de oncología médica y la operatividad plena de los servicios complementarios de laboratorio y banco de sangre.
- Retomar los cursos de actualización a todos los integrantes del equipo de salud, propiciando una remuneración digna para su desarrollo pleno y cobertura de sus necesidades, con el fin de ayudar a favorecer el regreso de los profesionales y técnicos en el área oncológica que han abandonado el país en la búsqueda de mejores condiciones de vida para sus familias.
- Promover la implementación ilimitada y oportuna de los programas de atención y lucha contra cáncer en el país, tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS, haciendo énfasis en los principios de vida saludable y los programas de pesquisa, en la procura de la detección precoz de las neoplasias de mayor incidencia.
- Incorporar al programa Nacional de Inmunizaciones la Vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) en la población femenina entre los 9 y 14 años de edad a fin de hacer a mediano plazo prevención activa del carcinoma del cuello uteri-

no tal como se ha logrado en la gran mayoría de los países en plena operatividad de uso de estas vacunas.

Como institución con la misión de velar por el mejoramiento y progreso de la ciencia médica nacional y con la autoridad de ser un ente con el deber de asesorar al estado en la aplicación de reglamentos, normas y procedimientos con la debida pertinencia, manifestamos nuestra profunda preocupación por la situación lamentable de nuestro sistema público de salud, a lo que no escapan estos programas de control de los pacientes con cáncer, y reiteramos nuestro compromiso en alcanzar las condiciones que permitan garantizar la restitución de la salud de aquellos que puedan ser recuperados o en todo caso lograr el aumento de la supervivencia libre de enfermedad, en la búsqueda que el cáncer se convierta en una patología crónica y no necesariamente mortal.

VI. Referencias.

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Incidencia y mortalidad por cáncer en todo el mundo: IARC CancerBase No. 11 Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; 2013. [Internet]. Citado 2018 enero 22. Disponible en: [2018](http://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/Globocan-2012-Estimated-Cancer-

</div>
<div data-bbox=)

Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1-0-2012

2. Estudio colaborativo (644 autores). Evaluación comparativa de riesgos global, regional y nacional de 79 riesgos o grupos de riesgos conductuales, ambientales y ocupacionales, y metabólicos, 1990-2015: un análisis sistemático para el Estudio Global de la Carga de Enfermedades 2015. *Lancet*. 2016 Oct; 388 (10053): 1659-1724. [Internet]. Citado 2018 febrero 18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733284>
3. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Carga global de cánceres atribuibles a infecciones en 2012: un análisis sintético. *Lancet Glob Health*. 2016 Sep; 4(9): e609-16. [Internet]. Citado 2018 enero 23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470177>
4. Stewart BW, Wild CP, editores. Informe mundial sobre el cáncer 2014 Lyon: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; 2014. . [Internet]. Citado 2018 enero 23. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
5. OECD (2018), Deaths from cancer (indicador). doi: 10.1787/8ea65c4b-en [Internet]. Citado 2018 febrero 10. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthstat/deaths-from-cancer.htm>
6. Data source: GLOBOCAN 2012. Graph production: Global Cancer Observatory © International Agency for Research on Cancer 2018. [Internet]. Citado 2018 febrero 11. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>
7. Anuario de Mortalidad 2013. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. [Internet]. Citado 2018 febrero 10. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2013.pdf>
8. GLOBOCAN 2012: incidencia estimada de cáncer, mortalidad y prevalencia en todo el mundo en 2012 v1.0 IARC CancerBase No. 11. Editado por Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C y Col. [Internet]. Citado 2018 febrero 10. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/Globocan-2012-Estimated-Cancer-Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1-0-2012>
9. OCDE (2013), Cancer Care: Asegurar la calidad para mejorar la supervivencia, OECD Publishing, Paris. [Internet]. Citado 2018 Febrero 10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>
10. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Vigilancia mundial de las tendencias

en la supervivencia del cáncer 2000-14 (CONCORD-3): análisis de los registros individuales de 37 513 025 pacientes diagnosticados con uno de los 18 cánceres de 322 registros de población en 71 países. *The Lancet*.6736 (17) 33326-3. [Internet]. 30 de enero 2018. Citado 2018 febrero 18. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3)

11. Oletta JF, Carlos Walter, C. Boletín Sociedad Venezolana de Salud Pública y Alianza Venezolana por la Salud. ¿Qué sucede con el Programa Nacional de Cáncer en Venezuela? Mención especial a la operatividad de los equipos de radioterapia y medicina nuclear, de la red pública de centros oncológicos (MPPS-IVSS). Publicado 2 de febrero de 2018.
12. González R., Marino J., Rincón, Elena. Las condiciones de salud de los venezolanos: aportes de ENCOVI 2015. En: Freitez, Anitza (Coordinador-Editor). 2016. Venezuela: vivir a medias. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015 (ENCOVI). Caracas: UCAB-USB-UCV. Publicaciones UCAB. Colección Visión Venezuela. Pp. 129-145.
13. Boletín Sociedad Venezolana de Oncología. Situación de los Servicios Oncológicos en Venezuela. Notificación electrónica. Citado 2017 Noviembre 15.
14. Prevención del cancer. Organización Mundial de la Salud. Página WEB. [Internet]. 2018 Feb [citado 2018 Feb 26]; 15(2): 66-75. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>
15. Salas D., Peiró R.. Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Rev. esp. sanid. penit.* [Internet]. Citado 2018 Feb 26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000200005&lng=es
16. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. Citado 2018 Feb 26. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258599/1/WHO-NMH-PND-17.4-spa.pdf>
17. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. 63.^a Asamblea mundial de la salud. *WHA63.13*. [Internet]. 2013 Oct. Citado 2018 Feb 26. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-sp.pdf
18. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. ISBN 978 92 4 359997 7. Organización Mundial de la Salud, 2010. [Internet]. Citado 2018 Feb 26. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
19. Venezuela aprobó adquisición de la vacuna contra el VPH que será aplicada

en 2016. Radio YVKE Mundial. Aug 29, 2015 - 11:18:39. Publicado por: Karina Limaco. [Internet]. Citado 2018 Feb 26. Disponible en: <http://www.radiomundial.com.ve/article/venezuela-aprob%C3%B3-adquisici%C3%B3n-de-la-vacuna-contra-el-vph-que-ser%C3%A1-aplicada-en-2016>

20. Las radiaciones ionizantes y la salud humana. Organización mundial de la

Salud. 2014. [Internet]. Citado 2018 Feb 26. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs305/es/>

21. Iodine thyroid blocking. Guidelines for use in planning for and responding to radiological and nuclear emergencies. ISBN 978 92 4 155018 5. World Health Organization 2017. [Internet]. Citado 2018 Feb 26. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Atención Primaria de la Salud: Una estrategia fundamental de la salud pública

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa¹
Dr. Edgar Giménez Caballero²
Dr. Francisco Santacruz Segovia³



Introducción

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo

¹ Profesor Titular de Medicina Interna. Universidad Nacional de Asunción., Investigador. Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT, Académico de Número. Academia de Medicina del Paraguay

² Profesor Titular de Pediatría. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay Investigador Nivel III. Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) Académico Correspondiente. Academia de Medicina del Paraguay, Ex-Ministro de Salud. República del Paraguay

³ Docente e Investigador de Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Concepción, Paraguay Investigador de Investigación para el Desarrollo (ID), Paraguay Ex-Vice Ministro de Salud Pública. República del Paraguay

del sistema de salud de un país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (1).

La mirada hacia la atención primaria de la salud como estrategia en salud pública se remonta hace 30 años cuando la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978 (2), expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. La Declaración de Alma-Ata surge en respuesta a la situación «*política, social y económicamente inaceptable*» de desigualdad sanitaria en todos los países y establece a la Atención Primaria de la Salud como la estrategia esencial para alcanzar la meta de **Salud para todos** para el año 2000.

En el documento de Alma-Ata se define la atención primaria de salud como clave para alcanzar un nivel aceptable de salud para todos los habitantes del planeta. Básicamente en el documento se propuso en primer lugar incorporar la salud en el programa político de desarrollo, dar mayor relieve a la salud y aumentar su notoriedad. En segundo lugar, se procuró ampliar el enfoque de la salud y distanciar éste del modelo puramente médico terapéutico, reconociendo la importancia fundamental

de la prevención y comprender que la salud tiene múltiples determinantes, algunos de ellos no precisamente del ámbito médico pero que impactan profundamente en la salud (como agua y vivienda adecuados o educación), lo que implica que muchos son los sectores del gobierno que han de colaborar y prestar atención a sus repercusiones en la salud.

En el tercer frente, la Declaración de Alma-Ata sostenía que el mejoramiento de la salud de la población y el aumento de la productividad económica y social son sinérgicos, lo que conlleva a considerar la salud como algo mucho más importante que una demagogia política o una labor social ávida de recursos públicos.

El objetivo final era trabajar por una justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Se intuía que para impulsar esos valores había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores.

Cobertura Universal de Salud y Atención Primaria de la Salud

El concepto de cobertura universal de salud concibe a la salud pública como un sistema capaz de brindar a todas las personas, a lo largo de las distintas etapas de su vida, la atención sanitaria inte-

gral, oportuna y con calidad que necesitan en el momento que lo precisen sin que dependa de la capacidad de gasto de las personas. Incluye la atención de las catástrofes en salud (cáncer, trasplantes de órganos, cirugía cardíaca, enfermedades congénitas). En el Paraguay la cobertura universal de salud es un derecho ciudadano amparada en la Constitución Nacional (Art. 68) y su implementación ha sido incluida como una recomendación fundamental por la Naciones Unidas en la Asamblea General del 2012 (3).

¿Por qué es importante una buena salud de la población? Esto no debe analizarse exclusivamente desde la perspectiva sanitaria. Desde el informe sobre desarrollo mundial en 1993, lo que un país gasta en salud no debe ser visto como un gasto sino como una inversión (4). Una buena salud de la población no sólo es una consecuencia del desarrollo económico, sino que retroalimenta al mismo, ya que la gente saludable puede hacer más por la economía. Una población sana tiene mayor productividad, es más emprendedora, presenta mejor rendimiento educativo, permite que los niños puedan asistir a la escuela y aprender y finalmente impacta en reducción de la pobreza. Además, un sistema de salud eficiente no sólo mejora la economía global, sino también permite a las familias obtener beneficios económicos adicionales. En particular, cuando mejor es la protección financiera de las familias contra gastos médicos catas-

tróficos, se reduce el riesgo de quiebra económica de las familias y hace que los ahorros y activos sean más seguros, lo que permite a las familias ahorrar más; cuando muchas familias se benefician, el aumento de su actividad económica puede estimular mejor el desarrollo económico. El Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud del 2001 muestra que una mejora del 10% en la esperanza de vida al nacer se asocia con crecimiento económico anual del 0.3%-0.4% (5). Por tanto, un sistema de administración de salud de buena calidad con acceso universal protege a los individuos de la enfermedad, estimula el crecimiento económico y ayuda en la lucha contra la pobreza al mantener sana a la gente. Además, contribuye a la armonía social al proporcionar el aseguramiento a la población que los servicios están disponibles en caso de enfermedad.

La atención primaria de salud es la mejor vía para alcanzar el acceso universal; es la manera óptima de asegurar mejoras sostenibles de los resultados sanitarios y representa la mejor garantía de un acceso justo a la atención sanitaria (6).

El Programa de Atención Primaria de la Salud en el Paraguay

Principios y valores

Pasaron tres décadas desde la Declaración de Alma Ata (2) hasta que

en Paraguay se implementó una política de salud basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. En el año 2008 se creó la Dirección General de Atención Primaria de Salud (Resolución Ministerial S.G. N° 101 de fecha 17 de setiembre de 2008). El Programa de Atención Primaria de la Salud desde entonces ha sido uno de los programas emblemáticos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, constituyéndose en el pilar fundamental de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (7).

Los modelos previos estaban basados en un paradigma económico restrictivo (8, 9) y se expresaban como programas verticales de atención a enfermedades o para grupos vulnerables o de extensión de la cobertura (10) o focalizados para el desarrollo de sistemas locales (11).

La filosofía de esta nueva concepción en salud implicaba una transformación del sistema de salud basado en una renovada estrategia para proveer servicios centrados en las personas, que garanticen el derecho a la salud, sustentado en cuatro principios: universalidad, integralidad, equidad y participación social (12), y ha sido coincidente y parte de un proceso amplio de impulso a la APS en Sudamérica (13, 14).

El concepto de universalidad adoptado no se limitó a explicitar que to-

dos los habitantes de la República del Paraguay eran sujetos del derecho a la salud, sino que además señalaba que este derecho significaba la satisfacción de las necesidades de salud mediante todas las respuestas (o servicios de salud) que sean necesarios. De esta forma, al menos en términos de declaración, se expresó el renunciamiento a todo tipo de priorización explícita y de focalización de la política sanitaria. Se inició así un proceso de implementación gradual para lograr la universalización del sistema de salud con los postulados de “tolerancia cero” con algunas situaciones de salud específicas y de exclusión del sistema de salud. La estrategia contempló la necesidad de poner énfasis en poblaciones excluidas, no como una implementación limitada a ellos, sino más bien como acciones complementarias, concordando con las orientaciones para impulsar la cobertura universal de salud contenidas en el informe de Salud del Mundo del 2008 [Primary Health Care (now more than ever)] (15).

La integralidad de la estrategia de la APS trascendía el ámbito sanitario, complementando los conceptos de determinantes sociales, calidad de vida y salud, señalando que su cumplimiento implica la garantía de todos los derechos sociales. Más específicamente en el ámbito sanitario, en concordancia con la renovación de la APS, este principio supone la atención de las necesidades de las personas en cada etapa de la vida,

mediante una provisión continua de servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (14, 15).

La equidad ha sido un valor fundamental dentro del enfoque renovado de la APS que requiere de mecanismos que resalten las desigualdades y de movilización social para corregir las diferencias injustas en el estado de salud (14, 15) y en los arreglos sociales para la atención de la salud (16). Su alcance en la política sanitaria se basa en componentes de los determinantes sociales de la salud como edad, género, etnia y otros cuyos efectos en el estado de salud y en el acceso a servicios de salud señalan el imperativo moral de lograr justicia social mediante la atención orientada a las distintas necesidades de salud así determinadas. Resalta las obligaciones del Estado para cumplir este principio y propone las condiciones de un Estado de Bienestar para que sea posible (7). En el contexto paraguayo este señalamiento es más que pertinente puesto que en la Constitución Nacional se establece que el Paraguay es un Estado Social de Derecho y que la salud es un derecho fundamental que debe ser protegido por el Estado (17).

El cuarto principio del postulado político fue la participación social, desde la perspectiva individual, familiar y comunitaria, entendida como el poder de decisión para intervenir en la respuesta del sistema de salud para atender sus

necesidades de acuerdo a sus preferencias. Implica la democratización del sistema de salud, como parte de una sociedad democrática, y la movilización de los recursos de ciudadanía para afrontar y aportar a las soluciones de los problemas de salud. Se ha identificado a la sociedad civil como un aliado poderoso para las reformas necesarias. El empoderamiento de la comunidad puede marcar la diferencia entre las anécdotas que producen las buenas intenciones con aquellas reformas que se sostienen efectivamente en el tiempo y que da fundamento como uno de los principios de la renovación de la APS (14, 15). Esta participación social va más allá del ámbito formal del que forman parte de los consejos de salud, regionales y locales, pero que en la práctica son espacios reducidos de prácticas comunitarias (18).

Estrategias para un cambio de paradigma

Estos principios y valores antes enunciados sostienen dos líneas estratégicas complementarias entre sí: a) la promoción de la equidad, la calidad de vida y la salud; y b) el desarrollo de redes principales y complementarias que organiza y articula el sistema nacional de salud teniendo a una nueva estructura organizacional como el punto de entrada, primer contacto y coordinador del modelo: *las unidades de salud de la familia o USF* (19).

Esta nueva política de salud basada en la estrategia de APS constituye un primer cambio de paradigma en la concepción de la estrategia: el paso de la APS selectiva y de servicios básicos a una APS renovada con un enfoque amplio, transformador y articulador del sistema de salud basado en valores, principios y elementos funcionales y coherentes para garantizar el derecho a la salud.

Esta transformación conceptual implica otras propuestas de cambios de paradigmas en componentes funcionales del sistema de salud: a) el cambio del modelo de atención centrado en enfermedades hacia un modelo centrado en la persona, la familia, las comunidades y sus necesidades; b) el cambio del modelo de gestión vertical y por niveles de atención a la gestión de la organización para proveer servicios integrales en una red de servicios de salud con participación social; y c) el cambio del modelo de financiamiento con copagos de recuperación como gasto del bolsillo de los enfermos a un modelo solidario y equitativo que tiene al Estado como garante del derecho a la salud cuya implicancia operativa es la de recibir servicios de acuerdo a la necesidad y no a la capacidad de pago, siendo por tanto de acceso gratuito y universal.

Estas propuestas de transformaciones conllevan un cambio de paradigma total del sistema nacional de salud: el cambio de un modelo segmentado y fragmentado a un modelo integrado y único.

Desarrollo de la estrategia de la APS en el Paraguay

Entre el 2008 y el 2013 el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social definió tres etapas de implementación de esta política de salud:

a) Etapa de Contingencia (2008 – 2009): donde los objetivos se orientaron a brindar una respuesta inmediata a problemas priorizados y situaciones urgentes como la alta ocurrencia de enfermedades prevenibles, la exclusión social del sistema de salud, el alto gasto de bolsillo que afecta sobre todo a hogares rurales y pobres debido principalmente a la compra de medicamentos, la centralización y burocracia excesiva de la gestión.

b) Etapa de Mejoras e Innovaciones Sustanciales (2010 – 2011): donde los objetivos trazados pretendían un incremento de la cobertura, la calidad y el acceso a servicios y medicamentos a partir de la implementación amplia de una renovada estrategia de APS y la gestión del sistema mediante el desarrollo de redes de servicios (20);

c) Etapa de Reformas Estructurales (2012-): concertado a partir de un Pacto Nacional por la Salud para garantizar el derecho a la salud, la protección social y financiera de la población ante la ocurrencia de enfermedades crónicas y accidentes que conllevan gastos excesivos

para los hogares, a veces empobrecedores y catastróficos (21).

Bajo este marco de políticas públicas, la APS tuvo un impulso innovador y renovador dentro del sistema de salud paraguayo, no exenta de dificultades e imperfecciones. El proceso de instalación de las USF fue el resultado de fuerzas que confrontaron posiciones a favor y en contra, tanto en el sector de salud como en el sector político y, sobre todo, por el indiscutible apoyo comunitario que lograron los equipos de salud con su trabajo. En el periodo 2008-2013 se instalaron 741 USF, a lo cual se sumaron aproximadamente 50 USF en el periodo 2013-2018 (Figura 1).

Distintos factores y limitaciones de recursos determinaron la existencia de brechas entre las intenciones y los resultados. No se implementaron todas las etapas planificadas y el modelo diseñado quedó incompleto.

El legado más importante del quinquenio 2008 - 2013 fue la instalación efectiva de las USF y el empoderamiento de las comunidades para que esta política gubernamental pase a convertirse en una política que trascienda ese periodo de gobierno y se sostenga en el tiempo.

En efecto, la política nacional de salud del periodo gubernamental 2013 – 2018 denominado “avanzando hacia el acceso universal a la salud y la cober-

tura universal de salud 2015 2030” también adoptó los valores y principios de la renovación de la APS estableciendo como uno de siete ejes estratégicos el “fortalecimiento de la atención primaria de la salud articulada en redes integradas” (22). Este eje pretendía, al menos en su declaración, dar continuidad al modelo de APS fortaleciendo la capacidad de resolución de las USF y el desarrollo efectivo de una red integrada y otras temáticas de salud (22). Además, establecieron la meta de alcanzar en el 2018 un incremento de 40% de nuevas USF en relación al 2013 y el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RIS) basado en APS en al menos 5 de las 18 regiones sanitarias del país (23).

Pero, el hecho de haber mantenido el discurso no ha implicado necesariamente la misma velocidad de avances en ambos periodos administrativos de la política de salud, pero principalmente después del 2013. En realidad, en los últimos 4 años menos de 50 USF nuevas se instalaron (de una meta de 750).

Es posible que las restricciones de implementación se deban a un conjunto de factores que son comunes en América Latina como la segmentación excesiva del sistema, el poco desarrollo de la oferta, la debilidad en el desarrollo de recursos humanos y las limitaciones financieras (24). Pero también es posible que se deban a factores propios del contexto paraguayo, sobre todo debido

a las características de las políticas y los conductores de éstas. En efecto, aunque no hay estudios específicos sobre estos factores en el país, el carácter excesivamente enunciativo de las políticas de salud para implementar la APS renovada puede ser una limitante porque los mecanismos de implementación y financiamiento no son del todo explícitos (25). Pero además existen prácticas y discursos que señalan posibles confusiones y hasta desconocimiento sobre elementos conceptuales, dimensiones y alcances de la estrategia, tal como se ha demostrado en otros contextos (26).

Red integrada de servicios basados en APS

El diseño de implementación de la estrategia renovada de APS se basó en el modelo de gestión de redes integradas de servicios de salud (RISS) y una nueva definición y gestión territorial, intersectorial y participativa, teniendo como base comunitaria a las USF, operadas por los equipos de salud de la familia (ESF). El concepto de red adoptado fue de “red de redes”, donde se distingue una red principal y otra complementaria. La red principal estaría conformada por la red de USF, la red de policlínicas de especialidades, la red de hospitales y la red de urgencias. La red complementaria estaría integrada por la red de asistencia farmacológica, red de apoyo diagnóstico, red de rehabilitación y red de vigilancia.

Como coordinador operaría un Centro Regulador (CR). Cada una de las estructuras organizacionales de la red operaría en un territorio definido, siendo la unidad básica el territorio social de las USF (7, 19).

Los lineamientos funcionales y las nuevas estructuras organizativas de la red fueron formalizadas por MSPBS (19). Los principios de organización fueron definidos con los siguientes atributos:

- **Gratuidad de la atención**, entendida como la eliminación de copagos o aranceles en los servicios dependientes del MSPBS. Esta disposición administrativa fue posteriormente adoptada por ley (27). Esta disposición es concordante con las recomendaciones de la OMS en los informes de salud del mundo 2008 y 2010, donde se pone énfasis que los pagos directos constituyen barreras de acceso y son una fuente de inequidad en el sistema de salud (15, 28). Además, se sustenta en el informe de evaluación del Banco Mundial sobre la calidad y el sistema de arancelamiento de salud en el sector público, donde se señalaban errores de tipo I y tipo II en la focalización de las exoneraciones (29).
- **Población y territorio definidos** a partir de territorios sociales asignados a las USF. La puerta de entrada a la red serían las USF o las urgencias, siendo las USF el servicio de primer contacto y eje articulador de la RISS.

Los servicios especializados deberían estar disponibles en lugares apropiados. Un sistema de regulación médica para la atención oportuna mediante un conjunto de servicios integrales (23). Estas disposiciones son coherentes con los atributos de la RISS propuestos por la OPS cuando estas se organizan en un modelo basado en APS (30). El cambio de coordinación desde un paradigma centrado en hospitales a un paradigma centrado en la atención comunitaria es coherente con la propuesta de la OMS sobre sistemas basados en APS (15) y propone una ruptura del concepto de referencia y contra referencia coordinado desde los hospitales hacia las instancias de menor nivel de atención y complejidad vigente en ese momento (31).

Las nuevas estructuras organizacionales del sistema que fueron propuestas para la RISS fueron las USF, los centros ambulatorios de especialidades, los hospitales básicos y el centro regulador o sistema de regulación, los cuales se sumaban a la organización predominante de hospitales especializados, generales y otros con distintas características con asignación regional o distrital (19).

La concepción territorial de operación señalaba que las USF funcionarían en un territorio social asignado, como unidad básica territorial con una asignación poblacional de 3500 a 5000

personas aproximadamente. La agrupación de varios territorios sociales, de 10 a 15, conforman un área sanitaria, donde funcionarían los centros ambulatorios de especialidades, hospitales básicos y otros hospitales y con una asignación aproximada de 50 mil personas. La Región Sanitaria, coincidente con los límites políticos departamentales y la capital del país son territorios donde operan hospitales de referencia regional. Se admite la posibilidad de subregiones, de acuerdo a la cantidad poblaciones, teniendo como parámetro 500 mil personas. El territorio nacional, abarca todo el país y están asignados a hospitales especializados y generales (19, 32).

Las principales características de las nuevas estructuras organizacionales propuestas para el sistema nacional de salud fueron las siguientes:

Unidad de Salud de la Familia (USF): Corresponde a los establecimientos de salud donde se implementa APS más próxima a la comunidad. Cuenta con una infraestructura básica de consultorios, salas de enfermería, obstetricia, odontología, sala de urgencias y farmacia. Se prestan servicios de primer nivel mediante un equipo de profesionales de salud y agentes comunitarios denominados equipo de salud de la familia (ESF). El ESF está integrado al menos por un médico, un licenciado en enfermería u obstetricia, un auxiliar de enfermería, un auxiliar administrativo y un agente co-

munitario por cada 150 familias. Pueden ser fijos o itinerantes. Todos desempeñan funciones durante 8 horas diarias. Deben realizar un análisis de situación para proveer una cartera de servicio de acuerdo a las necesidades. Cada 2 USF, o 7000 a 10.000 personas funcionará además un equipo de salud bucal (ESB) compuesto por un odontólogo y un auxiliar (19).

Centro Ambulatorio de Especialidades (CAE): Pueden ser de dos tipos. El CAE tipo I de proveer servicios de cuatro especialidades básicas, salud mental, laboratorio, salud bucal y urgencias. De acuerdo a las necesidades y organización de la red podrán realizar partos. El CAE tipo II incorpora servicios de otras especialidades ya se a de forma permanente o rotatoria (19).

Hospital Básico: Cuenta con servicios de consultorio ambulatorio, servicio de urgencias e internaciones de baja y mediana complejidad.

Sistema de Regulación Médica: Organiza el flujo de pacientes en la red de servicios y opera a través de Centros Reguladores, nacionales o regionales. Las dimensiones de regulación son: urgencias, consultas con especialistas, estudios de diagnóstico especializado y hospitalizaciones (19).

Con estas bases de diseño, en la administración 2013 – 2018 se incorporaron algunas variaciones en la terminología:

- USF ampliada: que funciona con servicios obstétricos.
- USF satélite: Depende de una USF fija o móvil y brinda atención a comunidades alejadas
- Micro red: que se conforma con una USF ampliada y otras USF estándar.
- Telemedicina: como estrategia para ampliar la cobertura, en concordancia con el plan estratégico regional para la cobertura universal de salud de la OPS (34). Durante ese periodo se aprobó por ley un marco regulador para un programa de Telemedicina en Paraguay.

Funcionamiento de las USF

En una USF pueden funcionar una o más ESF cuya función esencial es realizar una gestión territorial para proveer servicios integrales de acuerdo a las necesidades y preferencias de la población con enfoque de APS, articulando los servicios y gestionando los casos en función de la RISS (19).

El punto de partida de sus operaciones es por tanto la territorialización y el análisis de la situación de salud de la comunidad de manera participativa. El conocimiento de la población y sus necesidades de atención en un territorio dado permite priorizar y orientar los servicios personales y no personales a la vez que se produce una incorporación y modificación en el territorio al cual se inte-

gra, como parte intrínseca y apropiada, como parte misma de la comunidad y no como una entidad externa adherida. El vínculo que se genera es con la organización y con cada miembro que integra el ESF (32).

A continuación, se describen los componentes fundamentales de los procesos de gestión territorial y la organización general de los distintos servicios de salud.

Gestión de los territorios sociales

Los ESF trabajan para satisfacer las necesidades de salud de 500 a 700 familias o de una población asignada de 3.500 a 5.000 personas, pudiendo tener una menor cantidad de población asignada en zonas rurales o en contextos culturales especiales como la población indígena. Este es un primer criterio para la definición territorial de sus operaciones. Además, el territorio está definido por ser un espacio común de convivencia, de sentido de pertenencia, de identidad, de vínculos y redes interpersonales y sociales y de encuentros comunitarios a través de organizaciones sociales. Los límites del territorio deben ser definidos de manera participativa con la comunidad y sus referentes. La unidad territorial donde funciona un ESF se denomina territorio social. Sus límites no necesariamente coinciden con los límites polí-

ticos o administrativos departamentales o municipales (32).

La territorialización de la gestión sanitaria de las ESF consiste en la articulación de las organizaciones, los recursos y la población, incrementando las capacidades de la comunidad para abordar de manera integral los problemas de salud del territorio, considerando los determinantes sociales, las situaciones de vulnerabilidad, los factores de riesgo, la distribución de las enfermedades y las distintas necesidades de atención a la salud en todas las etapas de la vida, planificando e implementado de manera dinámica y continua un conjunto de servicios personales y no personales con el propósito de transformar esa realidad, para lograr calidad de vida y salud de las personas, las familias y de toda la comunidad (32).

La gestión del territorio social parte ineludiblemente del conocimiento profundo de la comunidad identificando las causas y relaciones de los problemas de salud. Para ellos se utilizan diversas herramientas: censo, mapeo, entrevistas, grupos focales, reuniones, asambleas y diversas técnicas de planificación participativa (32).

El análisis de la situación de salud integral (ASSI) es un proceso sistemático, periódico y continuo de caracterización, medición y explicación del perfil actual y tendencias del fenómeno salud y enfermedad de la población, así como de eva-

luación de los recursos disponibles, del acceso y de los resultados sanitarios, a partir de los cuales se establecen prioridades para las acciones a ser implementadas en el territorio. Se pone énfasis en desigualdades y la efectividad de los mecanismos que buscan equidad. Se realiza de manera conjunta y consensuada entre el ESF y la comunidad (33, 34).

La dispensarización es un proceso de evaluación y clasificación que realiza el ESF sobre la población del territorio del cual es responsable. Se realiza de manera dinámica y continua, persona a persona. De esta manera se delimita el universo de acción y se identifica las necesidades de cada miembro de la comunidad y de su grupo familiar. Esta identificación permite una respuesta diferenciada, mediante el registro, la evaluación, la intervención integral y el seguimiento de acuerdo a su categorización. La clasificación corresponde a 4 grupos: sanos, con factores de riesgo, enfermos y con discapacidad (34, 34).

Servicios personales y no personales

Los ESF deben proporcionar servicios integrales que contemplen vigilancia de la salud, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el diagnóstico y tratamiento oportunos y la rehabilitación. Los espacios de acción dentro del territorio social son: la USF y

fuera de la USF. Fuera de las USF se realizan visitas domiciliarias y otras actividades que articulan instituciones y organizaciones de la comunidad como por ejemplo las instituciones educativas.

Todas estas actividades están detalladas en una cartera de servicios desagregados por el tipo de servicios y según las distintas etapas de la vida (30).

A continuación, se describen los aspectos más relevantes que describen los principales servicios personales y no personales que deben proveer los ESF según las guías del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (32, 33).

Se distinguen tres modalidades de consultas: consulta ambulatoria en USF, consulta domiciliaria y consulta extramurales, médicas y odontológicas las cuales se realizan según los criterios de dispensarización y vulnerabilidad. La norma establece realizar al menos 3 días de consultas en las USF y al menos dos días de actividades comunitarias, cuidando siempre que en la USF permanezca un personal de salud.

Las consultas ambulatorias en la USF tienen el propósito de evaluar de manera integral a los miembros de la comunidad en un ambiente adecuado y con la tecnología apropiada, ya sea en el caso de consultas por morbilidad como casos de seguimiento o de implementación de programas de promoción y prevención.

La infraestructura y equipamiento básico para las USF están estandarizadas por la Dirección General de APS.

Las consultas domiciliarias tienen el objetivo de evaluar y tratar integralmente a las personas considerando su contexto familiar y el entorno (vivienda, ambiente, relaciones interpersonales, funcionalidad, etc.). También pueden prestarse servicios de internaciones domiciliarias y cuidados paliativos en coordinación con profesionales de otros niveles de complejidad. Mientras que las consultas domiciliarias se realizan por un profesional de salud, las visitas domiciliarias pueden realizarse por un personal técnico de salud. Estas pueden tener como objetivos: la búsqueda activa de casos, educación, consejería, detección y seguimiento.

Las consultas extramurales son atenciones integrales que proveen en establecimientos que no son de salud y tienen capacidad de convocar y albergar a una gran cantidad de personas de la comunidad (escuelas, iglesias, plazas, clubes, otros).

Las actividades comunitarias están orientadas principalmente a la promoción de la salud y la participación social en torno a la salud. Pueden ser charlas, clubes, reuniones, Aty Guazú (expresión en lengua guaraní de *Reunión ampliada*), audiencias públicas, mingas ambientales y participación en medios de

comunicación comunitarios como lo son las radios comunitarias y otros. Todas estas actividades están orientadas a incrementar las competencias (conocimientos, actitudes y prácticas; o capacidades y habilidades) para promover estilos de vida saludables, controlar factores de riesgo y modificar determinantes sociales por medio de la cohesión social.

Las charlas abordan un tema específico y se orientan a un público específico. Estas pueden realizarse también en las salas de espera de las USF. Se espera que en un territorio social cada mes se realicen entre 15 a 20 charlas grupales en salas de espera, 3 visitas a instituciones educativas, 2 charlas comunitarias y al menos 1 por radio.

El Aty Guazú es una forma de reunión comunitaria donde se realiza un intercambio entre el ESF y la comunidad. Bajo esta modalidad se realiza una amplia convocatoria en un lugar público y se informa sobre logros y desafíos, se rinde cuenta y analiza con la comunidad los problemas de salud persistentes. Se espera que al menos se realice dos veces al año.

Las audiencias públicas tienen carácter resolutivo formal. Por tanto, tiene que estar acordada sus normas y procesos de decisión. La recomendación es que esta modalidad se realice con la presencia de miembros de la ESF, líderes de la comunidad y autoridades, por lo menos una vez al año.

Los clubes son grupos de apoyo y capacitación conformado por personas que comparten una misma enfermedad o bien familiares de éstos, las cuales se reúnen periódicamente y comparten experiencias, dudas, inquietudes y a la vez son una fuente de retroalimentación para el personal de salud. Cada USF debería tener al menos 3 clubes activos por año.

Las mingas ambientales son trabajos comunitarios donde participan la mayor parte de sus miembros, líderes y organizaciones con el propósito de modificar situaciones de riesgo como por ejemplo la presencia de criaderos de *Aedes* o condiciones favorables para ello. Se recomienda que estas sean periódicas, continuas y sostenidas en el tiempo.

Avances y desafíos

A una década del inicio de implementación de esta renovada estrategia de APS en Paraguay, en el recuento de los avances destacan una incipiente apropiación sectorial y política del concepto del derecho a la salud y de las obligaciones del Estado para garantizarlo, su incorporación explícita a las políticas de salud y a las políticas de desarrollo, la orientación de recursos públicos para su implementación, la creación de una instancia de rectoría técnica y conducción a nivel nacional, incorporación formal a la estructura organizacional del sistema nacional de salud, la apropiación y la va-

loración positiva de la comunidad sobre el trabajo de los ESF, el acervo de disposiciones normativas y técnicas sobre APS, progresos en el diseño teórico de una posible y necesaria reorganización del sistema de salud en redes integradas de servicios de salud, el incipiente interés de profesionales y de instituciones académicas y, sobre todo, la instalación efectiva del 40% de las USF necesarias para cubrir a toda la población.

¿Cuáles son los retos para la próxima década?

La estrategia de APS será esencial para alcanzar las desafiantes metas del objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, lograr salud y bienestar para todas las personas de todas las edades, alcanzado un modelo de cobertura universal de salud, con recursos humanos y financieros suficientes, capaz de resolver los rezagos de la salud sexual y reproductiva, sobre todo durante la adolescencia; reducir las muertes maternas y de la primera infancia; poner fin a las epidemias de VIH y tuberculosis; combatir la hepatitis B y las enfermedades tropicales desatendidas; reducir la morbilidad y mortalidad prematura causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles; promover la salud mental; prevenir y tratar las adicciones y el consumo nocivo de alcohol; reducir las lesiones y muertes ocasionadas por accidentes de tránsito; y, reducir considerablemente los efectos de la contaminación ambiental y la exposición a sustancias químicas peligrosas.

Es posible alcanzar la Cobertura Universal de Salud en Paraguay en los próximos diez años. Para ello se requiere de un consenso nacional, no solo sectorial, para avanzar en una agenda de políticas públicas sustantivas para la salud y la movilización de recursos suficientes para implementarlas.

El paso de políticas enunciativas a políticas sustantivas y de políticas gubernamentales a políticas de Estado ofrece la oportunidad de conciliar el discurso y los deseos con los esfuerzos sociales, políticos y económicos para lograrlos. También permitirá proyectar un conjunto de acciones a mediano y largo plazo en escenarios donde los procesos se consolidan mediante la evaluación y la mejora continua en tanto que los caprichos de la incertidumbre se reducen.

Uno de los efectos de esta renovación de políticas debería ser un nuevo impulso para instalar USF en todo el territorio nacional, como parte de la respuesta para alcanzar la cobertura universal, considerando las brechas actuales y el crecimiento anual de la población.

Es necesario priorizar los avances atendiendo las necesidades y las asimetrías de cobertura en las distintas regiones sanitarias. Reducir las brechas de cobertura podrían pasar por dos etapas: La primera, de instalación acelerada donde al menos se completan 1 USF por cada 3500 a 5000 habitantes en todos los terri-

torios sociales del país, tal como lo señalan las normas actuales. Se deberían instalar al menos 700 USF nuevas en cada quinquenio de la próxima década y compensar el rezago del último periodo (cuadro 1). La siguiente, orientada a la mejora de la calidad de la cobertura, fortaleciendo la composición de los ESF y reduciendo la población asignada. Las metas regionales de desarrollo de recursos humanos de la OPS (35) proponen 40% de la fuerza de trabajadores de salud en APS y la disponibilidad de al menos 25 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y obstetras) por 10.000 habitantes, con la meta de disponer de 1 ESF con una población asignada de 2500 personas. El rol de los profesionales de salud y de los agentes comunitarios es esencial y su participación en los ESF debería ser considerado como componente necesario para habilitarlos.

Pero, el desarrollo aislado de las USF sin un desarrollo concomitante de los demás niveles de atención y sin la gestión del conjunto como una red integrada serán las causas de no pocas frustraciones. El objetivo debe ser amplio: desarrollar una red integrada de salud basada en APS, con los atributos esenciales que se han propuesto para los sistemas de salud que funcionan con este modelo (30). Son necesarios mecanismos y herramientas concretas, operadas por personas con responsabilidades específicas, para que las ideas trasciendan de los documentos al sistema, en todos los territorios y para todos los casos.

Los recursos humanos de salud son sujetos claves de estas políticas. Entre otras medidas, deberían incorporarse los incentivos para que las instituciones de educación superior y los profesionales de salud se conviertan en socios comprometidos con la estrategia de APS. La jerarquización de la atención a la salud comunitaria y a la salud de la familia y la consecuente mejora de las condiciones laborales son indispensables.

La idea de “salud en todas las políticas” que propone la OMS como parte de la APS (15, 36) tiene en el Paraguay su mejor oportunidad de materialización en la agenda de políticas fiscales, con un doble efecto: a) el control de los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no trasmisibles, y b) la recaudación de más recursos financieros para la salud. Más impuestos para el consumo de tabaco (37), bebidas azucaradas y bebidas con alcohol (38) son medidas efectivas de control y recaudación. Estas medidas son parte esencial del plan de control de enfermedades crónicas no trasmisibles (39) y el compromiso de implementarlos ha sido renovado recientemente en la Hoja de Ruta de Montevideo (40). Solo el incremento de estos impuestos selectivos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS puede duplicar el presupuesto público de salud del Paraguay y cubrir sobradamente el financiamiento necesario para cerrar la brecha actual de USF y financiar en gran parte otras propuestas para lograr la co-

bertura universal de salud, entre ellas las garantías de protección financiera contra gastos catastróficos (40). Para impulsar estas reformas se requiere de un liderazgo comprometido y sin conflictos de intereses (15).

Finalmente, Paraguay requiere invertir más en investigación e innovación para alcanzar la cobertura universal de salud. La OMS ha puesto énfasis en esta necesidad en su informe de salud del mundo 2013 (42). Paraguay cuenta con una Política de Ciencia y Tecnología, un Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y un Programa Nacional de Ciencia y Tecnología con recursos disponibles (43). En este escenario la Academia de Medicina del Paraguay debe ser un actor influyente en la concreción de las políticas novedosas en salud pública. Es necesario ajustar la agenda, desarrollar capacidades en núcleos de investigación y transformar esos conocimientos e innovaciones en una nueva agenda de políticas para la cobertura universal de salud basada en la Atención Primaria de la Salud.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Atención primaria de salud. Disponible: http://who.int/topics/primary_health_care/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet].

- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, del 6 al 12 de septiembre de 1978; Alma Ata, URSS. Ginebra: OMS; 1978. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>.
3. Vega J. Universal health coverage: the post-2015 development agenda. *Lancet* 2012; 381:179-80.
 4. World Bank. World Development Report 1993. Investing in health. Washington, DC: World Bank, 1993.
 5. Frenk J, de Ferranti D. Universal health coverage: good health, good economics. *Lancet* 2012; 380: 862-4.
 6. Organización Mundial de la Salud. Chan M. Contribución de la atención primaria de salud a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Alocución de apertura ante la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo. Buenos Aires, Argentina. 16 de agosto de 2007. Disponible: http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070816_argentina/es
 7. Alianza Patriótica para el Cambio. Propuesta de Salud: políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad en el Paraguay – 2008-2013. Asunción: La Alianza; 2008.
 8. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford, England: Oxford University Press, 1993.
 9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *América Latina y el Caribe quince años después: de la década perdida a la transformación económica 1980-1995*. Primera edición. Santiago de Chile: CEPAL, Fondo de Cultura Económica; 1996. Disponible en : <http://www.cepal.org/es/publicaciones/2003-america-latina-caribe-quince-anos-despues-la-decada-perdida-la-transformacion>.
 10. Paraguay. Ley 1032/96 del 18 de marzo de 1997, por la cual se crea el Sistema Nacional de Salud. Artículo 8, f); Registro Oficial 1997; 10 oct.
 11. Paraguay. Ministerio de salud Pública y Bienestar Social. Construyendo juntos una política de Estado: salud para todos con equidad. Política Nacional de Salud 2005 – 2008. Asunción 2005.
 12. Dullak R. et all; Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva Primary Healthcare in Paraguay: overview and prospects. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2865-2875, 2011.
 13. Giovanella L, organizadora. Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2015.
 14. OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização

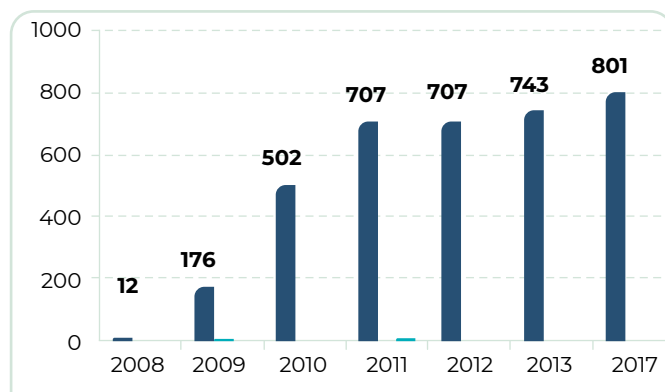
- Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS; 2007.
15. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care (now more than ever). [documento na Internet]. [acessado 2011 fev 25]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
 16. Amartya S. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Publica 2002; 11: 302-9
 17. Paraguay. Constitución Nacional. Año 2002. Artículos 1 y 68. Disponible: <http://jme.gov.py/transito/leyes/1992.html>
 18. Giménez C., E.; Rodríguez, J.C.; Peralta, N. y Flores, L.. Proyecto y situación de la participación social en el sistema de salud paraguayo. Revista Novapolis (Paraguay) 2007; 11:115-35.
 19. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 613/212. Asunción. 2012.
 20. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Listado de Medicamentos Esenciales. Prólogo. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción. 2009.
 21. Paraguay. Presidencia de la República. Paraguay para todos y todas. Propuesta de política pública para el desarrollo social 2010 2020. Asunción. 2010.
 22. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud 2015 2030. Avanzando hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2015 2030. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción. 2015.
 23. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 730/2015. Asunción. 2015.
 24. Giovanella L, de Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cad. Saúde Pública 2017; 33 (Sup. 2):e00118816.
 25. Tobar, F. Políticas de Salud. Modalidades y Tendencias. Programa de Investigación Aplicada. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD. Año 2000; Buenos Aires, Argentina.
 26. Arguello Futierrez Y, Castro Jimenez LE, Rodriguez Rojas YL. Conceptualización y aspectos políticos de la atención primaria en salud: mirada desde los actores sociales. Rev. Costarric Salud Pública 2017; 26: 86-96.
 27. Paraguay. Ley N° 5099 / 2013 de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
 28. World Health Organization. World Health Report 2010: health systems financing.

- Geneva: World Health Organization. 2010.
- 29.** Banco Mundial, 2006. Paraguay Health Service Delivery in Paraguay. Report N° 33416-PY
 - 30.** OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C.: OPS, © 2010
 - 31.** Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Organización Panamericana de la Salud. Paraguay, agosto 1998.
 - 32.** Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía de Territorialización (ESF). Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, 2012.
 - 33.** Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 009/2015. Asunción, 2015.
 - 34.** Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 175/2016
 - 35.** Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un com-promiso compartido. Washington, D.C.: OPS, 2011.
 - 36.** Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=
 - 37.** Organización Mundial de la Salud. Aumentar los impuestos sobre el tabaco. Lo que hay que saber. WHO/NMH/PND/14.2 Ginebra, Suiza.
 - 38.** Organización Mundial de la Salud. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland.
 - 39.** Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Suiza, Ginebra, 2010.
 - 40.** Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial de la OMS sobre las ENT. Hoja de ruta de Montevideo 2018-2030 sobre las enfermedades no transmisibles. Montevideo, 18-20 de Octubre de 2017. Disponible: <http://who.int/conferences/global-ncd-conference/Roadmap-ES.pdf>
 - 41.** Aracena-Genao B, González-Robledo MC, González-Robledo LM, Palacio-Mejía LS, Nigenda-López G. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación. Salud pública Méx 53 (supl.4):S409-15.

42. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra, Suiza.

43. Paraguay. Presidencia de la República del Paraguay. Ministerio del Interior. Política nacional de ciencia, tecnología e innovación del Paraguay. Decreto N°8420/2018.

Figura 1. Unidades de Salud Familiar (USF) en el Paraguay



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay

Cuadro 1. Paraguay. Indicadores de recursos y cobertura por regiones sanitarias 2015

Regiones Sanitarias	USF x 3500 hab.	Camas x 1000 hab	% Penta 3	% controles prenatales completos
Central	0,2	0,7	81,6	99,7
Asunción	0,2	2,2	92,6	100
Caaguazú	0,3	0,4	75,2	94,3
Alto Paraná	0,3	0,4	88,7	95,7
Itapúa	0,4	0,8	74,9	99,9
País	0,4	0,8	80,1	83,3
Amambay	0,5	0,6	83,7	98,6
Cordillera	0,5	0,7	81	98,2
San Pedro	0,6	0,6	76,7	89,4
Paraguarí	0,6	1,4	73,6	99,1
Concepción	0,7	0,8	77,2	93,7
Canindeyú	0,8	0,5	80,7	90,3
Guairá	0,9	0,7	66,3	98,7
Caazapá	0,9	0,8	65,2	95,2
Ñeembucú	1	1,2	73,9	99,5
Misiones	1	1,2	81,2	99,4

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Atención Primaria de la Salud

Acad. Jorge Daniel Lemus



A pesar de los importantes adelantos de las ciencias de la salud en las dos últimas centurias, así como los trascendentales cambios positivos en las condiciones de existencia que, en conjunto, permitieron extender sustancialmente la expectativa y calidad de vida, cuatro quintas partes de la población mundial aún carece de acceso a toda forma de atención sanitaria permanente y tan sólo una de cada tres personas de los países en desarrollo dispone en medida razonable de agua inocua y de un saneamiento adecuado. Es pues evidente que esos adelantos en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación no han conseguido llegar hasta quienes han estado privado de ellos, y mientras la atención de la salud se hace más sofisticada y compleja –y por ende más cara y escasa– menos aún se extenderán sus beneficios a la población en situación de riesgo socioeconómico-cultural. Es más, ese fenómeno de “secuestro” de fondos

para extender una alta tecnología a veces superflua a cada vez más pocos, termina restando oportunidades de acceso a cada vez más muchos.

Más de cinco millones de niños mueren anualmente por enfermedades diarreicas. Ese número es igual al total de niños nacidos anualmente en los EE.UU., el Reino Unido, Francia, los Países Bajos y Suecia, países donde las enfermedades diarreicas apenas pasan de ser un problema menor. Más de la mitad del total de defunciones infantiles pueden relacionarse con el funesto complejo de la malnutrición, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias. La amenaza de las grandes enfermedades como el paludismo, cólera, Chagas, etc. o no se ha reducido o ha efectivamente aumentado en el curso de los últimos años. Cerca de una cuarta parte de la población mundial sigue estando afectada por parasitosis. Estas situaciones de inequidad en salud alcanzan asimismo a grupos poblacionales de pobreza crítica ubicados en espacios geográficos restringidos de comunidades con altos niveles sanitarios, estando paradójicamente excluidos de los beneficios del desarrollo a pesar de la cercanía de esa sofisticación científica y técnica.

Pero la “posibilidad de mejorar las condiciones de vida y de salud son grandes y la acción a ese efecto debe ser impostergable. En el caso de esas buenas condiciones de salud, se requiere salir de

formulaciones en términos puramente tecnocráticos; medicamentos, hospitales, doctores y licenciados, equipos de diagnóstico, etc., para transformar radicalmente las actuales estrategias de salud pública en el sentido de una “salud para todos”. Si bien el objetivo de esta presentación es referirnos a esos cambios en el llamado “sector salud”, no dejamos de olvidar en ningún momento que ese “estado de salud ”estará en relación con el previo “estado de vida” y que, por ende, tampoco se logrará éxito en el campo restringido de una salud biopsíquica, desvinculada del completo desarrollo socioeconómico-cultural. ¿Pero de qué salud pública hablamos, qué estrategias debemos cambiar y a qué “salud para todos” nos estamos refiriendo? Comencemos por decir que “el término salud pública puede estar cargado de significados ambiguos. En su historia han sido particularmente prominentes cinco connotaciones. La primera equipara el adjetivo “pública” con la acción gubernamental, esto es, el sector público. El segundo significado es un tanto más amplio, pues incluye no sólo la participación del gobierno sino la de la comunidad organizada, es decir, el “público”. El tercer uso identifica la salud pública con los llamados “servicios no personales de salud”, es decir, aquéllos que se aplican al medio ambiente (por ejemplo, el saneamiento) o a la colectividad (por ejemplo, la educación masiva para la salud) y que por lo tanto no son apropiables por un individuo específico.

El cuarto uso es una ampliación del tercero, en tanto se le añaden una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo, los programas de atención materno-infantil). Por último, a menudo se usa la expresión “problema de salud pública” sobre todo en el lenguaje no técnico, para referirse a procedimientos de alta frecuencia o peligrosidad. También existen asociaciones entre estos diferentes significados. Por ejemplo, en algunos países industrializados ha habido una tendencia a que el sector privado ha asumido la responsabilidad por los servicios preventivos y no personales, los cuales suelen ocuparse de padecimientos de alta frecuencia. Ello ha reforzado la noción de la “salud pública” como un subsistema separado de servicios proporcionados por el Estado y paralelos a la corriente principal de la medicina curativa de alta tecnología, definido como “los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud”. Pero recientemente ha surgido un punto de vista más integral sobre el concepto de salud pública. Este sostiene que el adjetivo “pública” no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas, sino un nivel específico de análisis, a saber, un nivel poblacional.

A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a un nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste

en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción. Disciplina de la interdisciplina como campo del conocimiento, lo que define la esencia de la nueva salud pública no es el uso exclusivo de unas ciencias sobre otras. El reduccionismo biologicista del pasado no debe ser reemplazado por un reduccionismo sociologista. Lo que se requiere, por el contrario, es un esfuerzo de integración entre disciplinas científicas. Esto es precisamente la apertura conceptual a que da lugar el definir la salud pública por su nivel poblacional de análisis. Mientras que como ámbito para la acción o espacio de práctica profesional incluye a los esfuerzos sistemáticos para la identificación de las necesidades de salud y la organización de servicios integrales con una base definida de población. Comprende así los procesos de información requeridos a fin de caracterizar las condiciones de vida y salud de la población y la movilización de los recursos necesarios para responder a tales condiciones. En este sentido, la esencia de la salud pública es la salud del público. Por lo tanto, incluye la organización de personal e instalaciones a fin de proporcionar todos los servicios de salud requeridos para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de padecimientos, y la rehabilitación física, social y vocacional. Así la “salud pública”

engloba el concepto más estrecho de atención médica, más no en lo que toca a sus aspectos técnicos e interpersonales según se aplican a individuos en situaciones clínicas, sino con respecto a su dimensión organizacional en relación a grupos definidos de proveedores y usuarios. Además, incluye la coordinación de aquellas acciones que tienen un impacto sobre los niveles de salud de la población aunque trasciendan a los servicios de salud en sentido estricto. Tal es el sentido de la definición del Comité Especial del Instituto de Medicina de Estados Unidos sobre la misión de la salud pública: “el cumplimiento del interés de la sociedad en asegurar las condiciones en las cuales las personas pueden estar sanas”. Por otra parte se denomina “estrategias” de salud pública a las diferentes formas que adopta el arte de dirigir estos esfuerzos de la sociedad hacia los objetivos antedichos que fueron resumidos por la Organización Mundial de la Salud en el horizonte de “salud para todos”. La “salud para todos” significa pues que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado. Por “salud” ha de entenderse un estado personal de bienestar, es decir, no sólo la disponibilidad de servicios sanitarios, sino un estado de salud que permita a una persona llevar una vida social y económicamente productiva. Esta “salud para todos” obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, ignorancia, agua no potable, viviendas, así como a resolver problemas puramente médicos,

como la falta de profesionales, de camas de hospital, de medicamentos y vacunas.

En este sentido: • salud para todos significa que la salud ha de considerarse como un objetivo del desarrollo económico y no sólo como uno de los medios de alcanzar dicho desarrollo; • salud para todos exige, en último término, la instrucción general. Al menos, y mientras esta última no sea una realidad, exige una mínima comprensión de lo que la salud significa para cada individuo; • salud para todos es, por consiguiente, un concepto global cuya aplicación exige el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, tanto como en la medicina y en la salud pública. La asistencia médica no puede, por sí sola, llevar salud a una población hambrienta que vive en villas de emergencia. Una población sujeta a esas condiciones necesita un modo de vida totalmente distinto y nuevas oportunidades de alcanzar un nivel más elevado. Cuando un gobierno adopta la “salud para todos” se compromete a fomentar el progreso de toda la población en un amplio frente de desarrollo y resuelto a estimular a cada individuo para conseguir una mejor calidad de vida. El ritmo que el progreso en este objetivo siga dependerá de la voluntad política de cada país, de cada región, provincia, estado o municipio.

Para alcanzar entonces este principal objetivo de “salud para todos”, la sa-

lud pública desarrolló, en los últimos decenios del siglo XX, dos estrategias trascendentales: • la atención primaria de la salud (APS) • los sistemas locales de salud (SILOS) discutiendo en la Conferencia Internacional celebrada en Alma Ata (URSS) en el mes de Septiembre de 1978, objetivo y estrategias, y concluyendo en una Declaración que expresaba:

1. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
2. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
3. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el pla-

no de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial.

4. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
5. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de la salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.
6. *La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al*

alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (debe aclararse que “esenciales un concepto que hace referencia a la sustancia o esencia de las cosas, es decir es inherente a lo sustantivo del ente, condición que resulta necesaria al mantenimiento de la expresión continua y plena de un sistema complejo. No se debe entender a lo esencial como equivalente de lo básico, entendido como lo mínimo indispensable, ni como lo prioritario, sino como lo relevante y legítimo para el funcionamiento óptimo de un sistema).

7. La atención primaria de salud: a) es a la vez un reflejo y una consecuen-

cia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública; b) se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; c) comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales; d) entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria,

la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores; e) exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar; f) debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados; g) se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

8. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de ac-

ción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

9. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.
10. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una propor-

ción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

Se acepta hoy a nivel mundial que tanto la estrategia de APS, como la de SILOS, forman la columna vertebral de los esfuerzos para lograr equidad, oportunidad y extensión de la cobertura con calidad y a un costo accesible, para todas las poblaciones, es decir, que si bien favorecen a las más desfavorecidas, no dejan de resolver los problemas globales del sistema de salud, cualquiera fuera este o cualquiera sea la inversión total en salud que en definitiva se realice. La base del objetivo de “salud para todos” está constituida por la estrategia de atención primaria de la salud, definida en el acápite 6 de la Declaración de Alma Ata. Aún hoy esta definición es la más adecuada y, por supuesto, la mejor. Los tres requisitos previos de la atención primaria son: un criterio multisectorial, la participación de la comunidad y la tecnología apropiada, siendo la base de todos los programas de salud y de la infraestructura sanitaria. Esta estrategia convierte al individuo, a la familia y a la comunidad en el fundamento del sistema de salud y convierte el agente de atención primaria, puesto que es el primer agente del sistema de salud con el que la comunidad entra en contacto, en el trabajador sanitario central.

1. El criterio multisectorial; Habiendo expresado que la salud no existe de

modo aislado, está pues influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos entre los que existe, en último término, una mutua relación. Así el estado de salud de los pobres depende en buena medida de una combinación de factores, de tal modo que sería “ilusorio esperar cambios sanitarios mientras no se eliminen o reduzcan dichos obstáculos”. Por lo tanto las acciones emprendidas fuera del sector de la salud puede tener efectos sanitarios mucho mayores que los obtenidos en dicho sector. Son varios los factores que favorecen la cooperación intersectorial en apoyo de la atención primaria de la salud, a saber: • la formulación clara de políticas y estrategias de desarrollo; • la identificación de esferas adecuadas para la cooperación intersectorial y la determinación de la contribución concreta de cada sector al logro de las metas propuestas; • la existencia de mecanismos de coordinación en todos los escalones, nacional, provincial y municipal; • el reconocimiento de que la salud y la APS forman parte integrante del desarrollo socioeconómico; • legislación en apoyo de la acción intersectorial; • la comprensión de que la salud es un aporte al desarrollo socioeconómico y, al mismo tiempo, un resultado de este desarrollo; • pleno apoyo para la verdadera participación de la comunidad, que tenderá a fomentar

un criterio intersectorial en el plano local; • el reconocimiento de la necesidad de hacer frente a los riesgos para la salud debidos a las actividades de desarrollo y que afectan a varios sectores. (el sector de la salud puede utilizar la información de que dispone sobre los resultados de esos riesgos para influir en las decisiones de los demás sectores y en las relativas a la asignación de recursos para el sector de la salud). Es por ello que los responsables de la salud pública deben promover los esfuerzos sociales y económicos que, a su vez, promoverán la salud. En principio, los recursos de los distintos sectores deberán aplicarse en armonía y en correcta combinación para alcanzar los objetivos sociales comunes. Se necesita a ese efecto una definición conjunta de dichos objetivos y una apreciación común de los medios necesarios para alcanzarlos. La acción sanitaria puede ser una palanca importante para elevar el nivel de conciencia social y, por consiguiente, el desarrollo social mismo. Los responsables de la salud pública sólo contribuirán eficazmente a promover el desarrollo social, incluida la salud, si han hecho suyo el objetivo social de la salud en la comunidad. La perspectiva intersectorial no ha de limitarse sólo a la atención primaria de salud, sino que ha de extenderse a todo el sistema de planificación de la acción sanitaria.

2. Participación comunitaria La salud no es un bien que se da, sino que ha de ser generada desde dentro. La acción sanitaria, pues, no puede ni debe ser un esfuerzo impuesto desde el exterior y ajeno a la población, ha de ser, más bien, una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben, orientada en la práctica de modo que sea aceptable para éstos y debidamente apoyada por una infraestructura adecuada. El espíritu de autorresponsabilidad –individual, familiar, comunitario y nacional– es requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la “salud para todos”. La autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar libremente su propio destino. Tal noción es la esencia de la atención primaria de la salud. Así la participación comunitaria se define como una serie de actividades sencillas, que en ningún caso han de ser siempre de naturaleza médica, destinadas a satisfacer las necesidades sanitarias esenciales de los individuos, de las familias y de la comunidad, y a mejorar la calidad de vida. Se basa en el supuesto fundamental de que la salud se hace o se deshace en los lugares en que los individuos viven y trabajan. Este proceso sumariamente descrito es como se ha dicho con razón “la salud como si las personas importasen”.
3. Tecnología apropiada para la salud Con el crecimiento de los servicios

de salud se ha producido un desproporcionado aumento de gastos en favor de una minoría, seleccionada no tanto por razones de clase o nivel social, sino en razón de la tecnología médica misma. En algunos lugares en que el problema se ha examinado se ha llegado a la conclusión de que se produce un gasto creciente con los individuos en los últimos meses o años que preceden a su muerte, un gasto que no aumenta apreciablemente la expectativa de vida ni hace humanamente tolerables los episodios terminales de la vida de las personas de edad. Asimismo el aumento de gastos en beneficio de una minoría se ha atribuido al paso de las intervenciones de atención sanitaria a niveles cada vez más elevados de especialización. El objetivo de la salud para todos exige en primer término una tecnología sanitaria científicamente satisfactoria, que la gente pueda entender y aceptar y que quienes no son especialistas puedan aplicar. La identificación o la generación de dicha tecnología forma parte de la revolución de salud comunitaria. La estrategia de atención primaria permite detener el uso indiscriminado de los métodos, de las máquinas y de las medicinas actuales, muchos de los cuales nunca se han sometido a la evaluación crítica de un ensayo controlado, por no hablar de un análisis adecuado de la relación en-

tre costo y rendimiento. Rompe así las cadenas de la dependencia de una tecnología sanitaria de eficacia no probada, de excesiva complejidad y de enorme costo, desarrollando otro tipo de tecnología satisfactoria, culturalmente aceptable y financieramente viable, en niveles de complejidad creciente. Es importante referirse a las diversas interpretaciones a que ha dado lugar la definición de la APS. Una primera lectura superficial de sus contenidos puede "llevar a pensar que su priorización es necesaria realmente para los países subdesarrollados y que en las naciones ricas ya se cumplen todos o la mayoría de sus postulados. Esto está muy lejos de la realidad, ya que en estos últimos países, con un sistema sanitario altamente desarrollado, es imprescindible corregir los problemas organizativos y de orientación conceptual, y en último término han aplicado y tenido más éxito con la APS que en los países en vías de desarrollo. Otra sería la confusión con la llamada "atención médica primaria", en realidad con enormes diferencias conceptuales y de contenido con la APS. Una última interpretación errónea es su consideración como una asistencia sanitaria de baja calidad, como luego comentaremos. En contrario a estas concepciones, la APS está dirigida hacia "la resolución de las necesidades y problemas de sa-

lud concretos y propios de cada comunidad y que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad en ellas. 18 Taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud En este sentido se pueden analizar los contenidos de la APS desde cuatro perspectivas diferentes: • Como un conjunto de actividades; • como un nivel de asistencia; • como una estrategia; • como una filosofía. La APS entendida como un conjunto de actividades requiere, para poder ser aplicada como tal, la inclusión de las premisas de educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados maternoinfantiles, inmunizaciones, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de medicamentos. Entendida como un nivel de asistencia implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema, independientemente de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en el mismo. Esta primera zona de contacto ha de ser mutuamente interactiva, en el sentido de que no se limite al acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sis-

tema, sino que también sea éste el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y autorresponsabilidad individual y colectiva respecto a su propia salud a través de actividades de promoción y educación sanitaria realizadas en las consultas y en el seno de la propia comunidad. La APS como estrategia de organización de los servicios sanitarios hace referencia a la necesidad de que éstos deben estar diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de su alcance. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios deben mantener una relación adecuada de costo-beneficio en sus actuaciones y resultados y estar abiertos a la colaboración intersectorial. Potenciar la estrategia de la APS en una país significa proceder a una adecuada redistribución de los recursos totales empleados en el sistema sanitario, tanto en lo que se refiere a los recursos humanos como a los materiales y financieros. Por último la APS como filosofía implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los fundamentales de las personas y que garantice su defensa de prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de

este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor. Son elementos principales que caracterizan a la Atención Primaria de la Salud:

- Integral: considerando al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes o tangenciales, sino que se interseccionan en la persona y sus problemas de salud.
- Integrada: que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Que se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
- Continuada y permanente: a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta, urgencias, seguimiento hospitalario, etc.).
- Activa: los profesionales de la salud no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de trabajar activamente en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, poniendo énfasis en la educación sanitaria.
- Accesible: los ciudadanos no deben encontrar dificultades para poder tomar contacto y utilizar los medios sanitarios.
- Basada en el trabajo en equipo interdisciplinario: integrados por profesionales de di-

versas disciplinas y áreas de la salud y disciplinas asociadas.

- Comunitaria y participativa: atención de los problemas de salud colectivos y no sólo de los individuales, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y medicina comunitaria. La APS está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades.
- Programada y evaluable: actuación basada en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.
- Docente e investigadora: desarrollando actividades de docencia de pre y posgrado así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en materias propias de su ámbito". Por último, es particularmente importante conseguir que el sistema de salud en su totalidad evolucione de conformidad con la orientación y el contenido de las nuevas políticas, estrategias y planes de acción, y que la atención primaria de salud y sus elementos de apoyo no se conviertan en un sistema paralelo o "pariente pobre" del sistema existente. Es decir medicina de segunda, para ciudadanos de segunda y con profesionales y tecnología de segunda, y no la atención "primordial", no la "primitiva", según

la feliz expresión de Nájera), que reorienta los sistemas de salud existentes. En un sentido amplio, cabe definir el “sistema sanitario” como el conjunto coherente de gran número de partes componentes relacionadas entre sí, sectoriales e intersectoriales, así como la mínima comunidad, que producen un efecto combinado en la salud de una población. Quizá el sistema de salud ideal sea un sistema unificado que abarque las medidas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Unificado o no, un sistema sanitario debe estar compuesto de varias partes coordinadas entre sí y debe llegar hasta el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y la comunidad. Por lo general, el sistema sanitario está organizado en varios escalones. La atención primaria de salud presta particular interés al punto de contacto inicial entre los miembros de la comunidad y los servicios de salud. Debidamente concebida, la noción de escalones supone un sistema regionalizado en el cual se da la máxima prioridad a la atención primaria, que se presta en el escalón local. La prevención, el fomento de la salud y la solución de los problemas comunes deben constituir la principal línea de acción.

Los casos cuya atención resulta costosa y que requieren cuidados especializados deben transmitirse a los esca-

lones secundario (intermedio) y terciario (regional o nacional). Es en el escalón local donde la atención de salud será más eficaz en el contexto de las necesidades y las limitaciones de la zona de que se trata, reconociéndose debidamente a los usuarios de los sistemas de salud como seres sociales en un determinado medio ambiente. Allí en lugar de esperar pasivamente que los problemas llamen a la puerta de los servicios de urgencia o del consultorio (el procedimiento del “venga y se le atenderá”), el sistema de salud debe tratar de alcanzar activamente a la totalidad de la población para fomentar la salud y prevenir las enfermedades y para resolver los problemas cuando éstos se plantean. En resumen, un sistema sanitario bien equilibrado basado en la atención primaria de salud debe:

- abarcar la totalidad de la población sobre una base de equidad y de participación responsable;
- incluir componentes del sector de la salud y de otros sectores cuyas actividades interrelacionadas contribuyen a la salud;
- llevar los elementos esenciales de la atención primaria de salud al primer punto de contacto entre los individuos y el sistema sanitario;
- apoyar la prestación de atención primaria de salud en el escalón local, como una prioridad importante;
- facilitar, en los escalones intermedios, la atención profesional y especializada necesaria para resolver los problemas de salud más técnicos, que no pueden resolverse en el plano local, así como formación y orientación permanentes para las comunidades y

los agentes de salud de la comunidad;

- facilitar, en el escalón central, servicios de expertos en planificación y gestión, atención de salud sumamente especializada, formación para especialistas, los servicios de ciertas instituciones como los laboratorios centrales y apoyo logístico y financiero centralizado;
- facilitar la coordinación en todo el sistema, con el envío de casos difíciles entre los diversos escalones y entre los componentes de éstos cuando sea necesario. El apoyo que el sistema sanitario debe aportar a la atención primaria de salud puede clasificarse bajo tres epígrafes; a) Promoción de la atención primaria de salud • establecimiento de las políticas y del orden de prioridades • movilización del apoyo intersectorial • legislación • movilización del apoyo de la comunidad b) Desarrollo de la atención primaria de salud • planificación y programación, incluida la coordinación intersectorial, elección de una tecnología apropiada, participación de la comunidad, evaluación e investigaciones apropiadas. • formación de personal de salud, incluidas la orientación del personal ya existente y la formación de nuevos agentes. • organización, incluidos los mecanismos de envío de enfermos • provisión de medios de financiación y de instalaciones c) Funcionamiento de la atención primaria de salud • gestión de los recursos, con inclusión de las finanzas, los recursos de personal y la información • coordinación de los diversos componentes, incluidas las instituciones sectoriales y las comunidades • supervi-

sión de apoyo • provisión de equipo, suministros y medicamentos Así pues, el apoyo a la atención primaria de salud debe abarcar su promoción, su desarrollo y su funcionamiento, que constituyen de hecho un ciclo continuo. Para que un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud pueda crecer y desarrollarse correctamente es necesaria una voluntad permanente de contribuir a los tres elementos mencionados. Para ello es indispensable una comprensión y aceptación mencionados. Para ello es indispensable una comprensión y aceptación generalizadas de la importancia de la atención primaria de salud por parte del público general, así como de los políticos y las autoridades. El apoyo a la atención primaria de salud puede tropezar con graves obstáculos debidos a una comprensión insuficiente de sus repercusiones. Por ejemplo, en un país en desarrollo las autoridades pueden creer que para el país constituye un valioso donativo el moderno hospital que le regalan las autoridades y los ciudadanos bien intencionados, pero mal orientados de un país industrializado. Posiblemente varios proveedores multinacionales de aparatos médicos sumamente perfeccionados colaborarán de buena gana en ese proyecto de "ayuda". Pero una vez construido el hospital, que atenderá únicamente a una pequeña proporción de la población, consumirá una parte importante del presupuesto para salud, dejando pocos recursos nacionales para la atención primaria de salud destinada

a la mayoría de la población. En los países donde esos recursos se asignan sin tener en cuenta la conveniencia de conseguir un equilibrio apropiado entre la necesidad de instalaciones de atención primaria y las instalaciones de apoyo y para envío de enfermos, es imposible implantar un sistema sanitario basado en la APS. En otros países, las autoridades se aferran a veces al viejo criterio de los “servicios básicos de salud” y los servicios de salud de la periferia han empezado a adoptar la denominación de “centros de atención primaria de salud” sin modificar sus funciones pasivas, meramente curativas, y sin asumir realmente la responsabilidad de la salud de la comunidad entera en la que funcionan o de los problemas intersectoriales.

Se ha acumulado ya un volumen considerable de experiencia práctica en materia de atención primaria de salud, tanto en los países que están reorientando sus sistemas de salud en el contexto de una transformación más general de sus sistemas socioeconómicos, como en proyectos innovadores ejecutados en el ámbito de poblaciones más limitadas. También del pasado más remoto cabe extraer útiles enseñanzas. Los intercambios de experiencias, antiguas y nuevas, deben abarcar tanto los aspectos negativos como los positivos. De hecho, para conseguir una mejor comprensión esos intercambios deben incluir información obtenida mediante cuidadosas operaciones de vigilancia y evaluación de los

efectos de la aplicación de las nuevas estrategias en el desarrollo sanitario y humano. También hacen falta investigaciones prácticas. Las investigaciones sobre sistemas de salud –que examinan toda una serie de posibilidades en relación con una situación determinada, contribuyen a la estrategia y la planificación de las intervenciones apropiadas y evalúan luego objetivamente los resultados– pueden ser sumamente útiles en todos los escalones para los administradores del sistema de salud y para el personal de salud y los individuos, incluidos los miembros de la comunidad no menos que los “expertos”. Como mínimo, cada país y cada proyecto debe llevar un registro adecuado de sus planes, condiciones, actividades y resultados, con miras a su análisis y su evaluación. En suma, hay una necesidad creciente de intercambios de experiencia tanto en el interior de cada país como entre los diversos países, con el fin de facilitar los progresos hacia la meta común de la salud para todos”.

Sistemas locales de salud 1. El proceso de regionalización Se considera a la estrategia de SILOS un medio para el proceso de regionalización de los servicios de salud, definida esta última como un “esquema de implantación racional de los recursos de salud, organizados dentro de una disposición jerárquica en la que es posible ofrecer una máxima atención en los centros primarios, y los demás servicios van siendo apro-

piadamente utilizados de acuerdo con las necesidades individuales del enfermo". Moraes Novaes y Capote Mir sistematizan de este modo las diversas definiciones que se han ofrecido sobre la regionalización; Somers y Somers (1977), la definen como un sistema formal de asignación de recurso con una apropiada distribución geográfica de las instalaciones de salud, de los recursos humanos y programas, de manera que las diferentes actividades profesionales cubren todo el espectro de la atención comprensiva, primaria, secundaria, terciaria y de larga permanencia, con todos los acuerdos, conexiones y mecanismos de referencia necesarios, establecidos para integrar varios niveles e instituciones en un conjunto coherente y capaces de servir a todas las necesidades de los pacientes, dentro de una base poblacional definida. Ginsberg (1977), supone que la regionalización es la asignación de recursos o servicios en una determinada área, en un orden que facilite el acceso, ofrezca alta calidad de servicios, bajo costo, equidad, con una mejor y más rápida respuesta a los deseos y necesidades de los consumidores. La regionalización es un mecanismo de descentralización de la administración técnica y de servicios, y debe tener como resultado inmediato el aumento de la cobertura y con ello el impacto en los problemas de salud, necesitando de: 1. incremento de la capacidad operativa de los sistemas; 2. fortalecimiento de los procesos de planificación, programación y evaluación 3.

desarrollo de los servicios de la descentralización administrativa; 4. contribución y participación en el esfuerzo por la organización de la comunidad, que permita la participación de ella en la decisión de la solución de sus problemas de salud; 5. desarrollo y mejor utilización de los recursos humanos, enfatizando en la redefinición de las funciones y responsabilidades; 6. incorporación efectiva del sector salud en los procesos nacionales de desarrollo; 24 Taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud 7. fortalecimiento de la articulación intersectorial; 8. desarrollo de la investigación y tecnologías adecuadas; 9. extensión de la capacidad instalada posterior a la explotación eficiente de la capacidad existente. Para lograrla se parte de la necesidad del funcionamiento integral de la red de servicios, conformada por todas las unidades (hospitales, centros de salud o unidades equivalentes, formas de atención ambulatorias, los programas de salud, etc.) acordes a las relaciones y desarrollo técnico-económico y social del país. En donde no debe desatenderse el nivel de atención primaria, estrategia como hemos visto ineludible para afianzar la "salud para todos", con el nivel de más alta complejidad y que permite la referencia y contra-referencia eficiente de todos los pacientes de la red al hospital. El proceso de regionalización no es, como habitualmente se piensa, una simple tarea de dividir geográficamente un país, región, provincia o municipio, sino la profundización ulterior que a partir

de subdivisiones territoriales permite la extensión de la cobertura; esta será determinada por un proceso ininterrumpido de satisfacción de necesidades y de la demanda, del tipo de instalación, etc. También, es fundamental que los servicios tengan la calidad necesaria para satisfacer las necesidades de salud.

Los distritos muy poblados, si cuentan con suficiente personal, pueden atender relativamente bien la demanda de servicios de segundo nivel y emplear a personas especializadas que formen, supervisen, apoyen y abastezcan al personal periférico. Un argumento en contra de los distritos de ese tipo es que las grandes agrupaciones de servicios sanitarios tienden a adquirir un carácter propio en detrimento de su función de apoyo. Hay demasiados hospitales provinciales y clínicos rodeados de barrios miserables desatendidos. Los límites administrativos del distrito existentes han de tomarse en consideración. La idea de que cada sector del servicio público debe tener distintos límites es absurda, incluso si difieren los criterios sectoriales en cuanto al tamaño y a la configuración ideales. El resultado podría ser caótico si se fijaran unos límites para el sector de la salud, otros para el agua y el saneamiento, otros para la policía, etc. La colaboración y la respuesta intersectoriales serían difíciles. Pese a los argumentos en favor de un tamaño y una configuración ideales del distrito sanitario, por lo general, hay buenas razones para afirmar que sus

límites deben coincidir o ser compatibles con los límites administrativos. Puede haber dificultades si esos límites son resultado de accidentes históricos o si no reflejan importantes divisiones sociales. Sin embargo, por lo común los límites se ajustan a las pautas de transporte y a la geografía y pueden aprovecharse incluso si los territorios en ellos comprendidos tienen que dividirse en unidades más pequeñas en función de los distritos de salud. En muchos países, los servicios distritales basados en la comunidad luchan Atención Primaria de Salud. Marco conceptual y estrategias asociadas 35 por ser reconocidos y obtener recursos frente a la competencia del sistema hospitalario. A menudo el hospital resulta vencedor, puesto que con frecuencia cuenta con el personal más calificado y se espera de él que se ocupe de muchas de las grandes enfermedades potencialmente mortíferas. Los hospitales tienen también a su disposición medios de intervención y equipo más perfeccionados y, como están situados en las grandes ciudades, pueden influir con mayor facilidad en quienes deciden. Aunque el distrito puede considerar que esto es injusto, es importante reconocer que los hospitales son indispensables. Sin el mecanismo de envío de casos del distrito al hospital, o bien los distritos tendrían que contar con importantes recursos especializados o el sistema de salud tendría que rechazar o ignorar toda la parte de la tecnología médica que, por su propia naturaleza, ha de tener una base institucional.

Evolución de la Atención Primaria de Salud

Han existido diversas interpretaciones sobre el impacto y resultado de los conceptos e instrumentos declarados en Alma Ata; desde las más pesimistas, que sugieren un gran fracaso, hasta las más optimistas, que sugieren su plena aceptación mundial, con presencia en todas las reformas sanitarias emprendidas en todos los países del mundo. Utilizaremos como base para este artículo la interpretación de la propia OMS, discutiendo luego la pertinencia y relevancia de algunos conceptos y afirmaciones, a la luz de la experiencia argentina y latinoamericana. Según la Organización Mundial de la Salud en su Informe sobre la salud en el mundo 2000, a lo largo del siglo XX, habría habido tres generaciones superpuestas de reformas del sistema de salud. Estas surgieron no solo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino también porque se buscaba mayor eficiencia, justicia y capacidad de respuesta a las expectativas de las personas a quienes sirven los sistemas. La primera generación se caracterizó por la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y por la extensión a los países de ingresos medianos de los sistemas de seguro social, principalmente en los años cuarenta y cincuenta en los países más ricos y un poco después en los más pobres. Para finales de los sesenta, muchos sistemas fundados 10 ó 20 años antes estaban sometidos a fuertes pre-

siones. Los costos se incrementaban, especialmente a medida que el volumen y la intensidad de la atención hospitalaria aumentaba por igual en los países desarrollados y en desarrollo. En los sistemas de cobertura nominal para toda la población, quienes más utilizaban los servicios de salud seguían siendo los que tenían mejor situación económica, y los intentos para llegar a los pobres solían ser incompletos. Demasiadas personas seguían dependiendo de sus propios recursos para pagar los servicios de salud, a menudo solo podían obtener atención de poca calidad. Estos problemas eran evidentes, y cada vez más agudos, en los países pobres. Las potencias coloniales en África y Asia, y los gobiernos de América Latina, habían establecido servicios de salud que en su mayoría excluían a las poblaciones indígenas. Por ejemplo, si un modelo europeo de atención sanitaria se implantaba en los países de África administrados por Gran Bretaña, estaba principalmente concebido para los funcionarios coloniales y los expatriados, con servicios separados o de segunda categoría, si es que los había, para los africanos. Se confiaba a las misiones caritativas y a los programas de salud pública la prestación de algún tipo de asistencia para la mayoría, como ocurría en partes de Europa. En consecuencia, en estas antiguas colonias y países de bajos ingresos, el sistema de salud nunca había podido prestar ni siquiera los servicios más básicos a las personas de las zonas rurales. Se habían construi-

do establecimientos de salud y consultorios, pero principalmente en las zonas urbanas. En la mayoría de los países en desarrollo, los principales hospitales urbanos recibían aproximadamente dos terceras partes del presupuesto de salud del gobierno, a pesar de que atendían apenas de 10% a 20% de la población. Los estudios sobre lo que en realidad hacían los hospitales revelaban que la mitad o más del gastos de hospitalización se destinaba a tratar afecciones que a menudo podrían haberse resuelto mediante la atención ambulatoria, como las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis y las infecciones respiratorias agudas. Por consiguiente, existía la necesidad de efectuar un cambio radical que hiciera a los sistemas más eficaces en función de los costos, más equitativos y más accesibles. De esta manera, la segunda generación de reformas vio en la promoción de la atención primaria de salud una ruta para alcanzar la cobertura asequible de toda la población. Este enfoque reflejaba la experiencia adquirida con los proyectos de control de enfermedades de los años cuarenta en países como Sudáfrica, la República Islámica del Irán y la antigua Yugoslavia. También se basaba en los éxitos y los experimentos de China, Cuba, Guatemala, Indonesia, Níger, la República Unida de Tanzania y el estado de Maharashtra en la India. Algunos de estos países, y otros como Costa Rica y Sri Lanka, lograron resultados de salud muy buenos a un costo relativamente pequeño, y en tan solo

20 años se agregaron de 15 a 20 años a la esperanza de vida al nacer. En cada caso, había un compromiso muy fuerte de velar por que todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, alimentos y educación, junto con un suministro suficiente de agua potable y saneamiento básico. Estos eran los elementos claves, junto con la insistencia en medidas de salud pública relativas a la atención clínica, la prevención en relación con la curación, los medicamentos esenciales y la educación de la gente por los trabajadores comunitarios de salud. Al adoptar la atención primaria como la estrategia para alcanzar la meta de “salud para todos” en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS/UNICEF, celebrada en 1978 en Alma Ata, URSS (actualmente llamada Almaty, Kazajstán), la OMS dio nuevo impulso a las iniciativas para llevar atención sanitaria básica a las personas en todo el mundo. El término “primario” pronto adquirió una variedad de connotaciones, algunas de ellas de carácter técnico (relacionadas ya sea con el primer contacto con el sistema de salud, el primer nivel de atención, los tratamientos sencillos que podían ser suministrados por proveedores con poco adiestramiento, o las intervenciones para atacar las causas primarias de las enfermedades) y otras de índole política (dependiendo de las acción multisectorial o de la participación comunitaria). La multiplicidad de significados y sus consecuencias a menudo contradictorias

para la política, explican por qué no hay un solo modelo de atención primaria y por qué ha sido difícil imitar los ejemplos exitosos de los países o estados que aportaron las primeras pruebas de que podía lograrse un mejoramiento sustancial de la salud a un costo asequible. En muchos países se hicieron considerables esfuerzos por adiestrar a trabajadores comunitarios de salud para que prestaran servicios básicos y eficaces en función del costo, en establecimientos rurales sencillos, a la población que hasta ese momento tenía poco o ningún acceso a la moderna atención de salud. En la India, por ejemplo, estos trabajadores recibieron adiestramiento y se repartieron en más de 100.000 puestos de salud, según lo cual nominalmente atendían a casi dos terceras partes de la población. A pesar de estas iniciativas. Muchos de esos programas con el tiempo se consideraron cuando menos fracasos parciales. El financiamiento era inadecuado; los trabajadores tenían poco tiempo para dedicarlo a la prevención y a la extensión hacia la comunidad; su adiestramiento y equipo eran insuficientes para los problemas que afrontaban, y la calidad de la atención era tan deficiente que se caracterizaba como “primitiva” en lugar de “primaria”, en particular cuando la atención primaria se limitaba a los pobres y solo a los servicios más sencillos. Ha quedado demostrado que resulta particularmente difícil hacer que los sistemas de envío, propios de los servicios de salud e indispensables para su

desempeño adecuado, funcionen adecuadamente. Los servicios de los niveles inferiores del sistema a menudo se utilizaban mal, de manera que quienes podían evitaban por lo común esos niveles e iban directamente a los hospitales. Una consecuencia de ello fue que los países siguieron invirtiendo en centros de tercer nivel, ubicados en las ciudades. En los países desarrollados, la atención primaria se ha integrado mejor en la totalidad del sistema, quizás porque se ha asociado más con el ejercicio de la medicina general y familiar y con proveedores de un nivel más bajo como las enfermeras de atención directa y los asistentes médicos.

Si la base de organización y calidad de la atención primaria de salud a menudo no alcanzaron su potencial, gran parte de los fundamentos técnicos sigue siendo válida y se ha mejorado continuamente. Este logro puede considerarse a grandes rasgos como una convergencia paulatina hacia lo que la OMS llama el nuevo concepto del “acceso y cobertura para toda la población”, según el cual se pretende facilitar atención sanitaria esencial de alta calidad, definida principalmente por el criterio de eficacia en función de los costos, a todos, en vez del acceso a toda la atención posible para toda la población o solamente la atención más sencilla y más básica para los pobres. Los conceptos de que las intervenciones sanitarias y nutricionales pueden lograr un cambio sustancial en

la salud de grandes poblaciones y el de obtener “buena salud a bajo costo” si los esfuerzos se concentran selectivamente en las enfermedades que ocasionan una carga grande pero evitable de mala salud, constituyen la base de los conjuntos de intervenciones, llamados “básicos”, “esenciales” o “prioritarios”, que se han elaborado en varios países a partir de información epidemiológica y cálculos de eficacia en función de los costos de las intervenciones. Además, las fallas comunes en el diagnóstico y el tratamiento debidas al adiestramiento inadecuado y a la separación excesiva entre las actividades de control de enfermedades han motivado el agrupamiento de las intervenciones el miento más completo para apoyarlas; en este sentido, es digna de mención la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Esta evolución también supone asignar mayor importancia a las finanzas públicas, garantizadas y reglamentada por el sector público, pero no necesariamente a la prestación de servicios por los establecimientos públicos. Y esto entraña una selección explícita de las prioridades entre las intervenciones, respetando el principio ético de que quizá sea necesario y eficiente racionar los servicios pero que es inadmisibles excluir a grupos enteros de población. Sin embargo, definir un conjunto de intervenciones que beneficiarían de preferencia a los pobres si se aplicaran cabalmente a la población es más fácil que garantizar que la mayoría de los pobres en realidad

se beneficiarán, o que la mayoría de los beneficiarios son pobres. Los servicios de atención sanitaria prestado por el gobierno, aunque por lo general están destinados a los pobres, a menudo lo usan más los ricos.

En 11 países para los cuales la distribución de los beneficios se ha calculado a partir de la distribución del gasto público y de las tasas de utilización, el quintil más pobre de la población nunca recibe ni siquiera la parte que le corresponde (20%), y en siete de esos países el quintil más rico recibe entre 29% y 33% del beneficio total. POBLACIÓN CUBIERTA Intervenciones incluidas Solo los pobres Toda la población “Básica” o sencilla “Esencial” y eficaz en función de los costos Todo lo que sea médicamente útil Atención Sanitaria “primitiva” Concepto original Atención Primaria El nuevo concepto de de salud “selectiva” acceso para todos (nunca se consideró seriamente) El concepto clásico de acceso para todos Cobertura de la población por varias intervenciones, según las diferentes nociones de atención primaria de salud Adaptado de: Frenk J. Building on the legacy: primary health care and the new policy directions at WHO. Discurso pronunciado ante la Asociación Estadounidense de Salud Pública, Chicago, Illinois, 8 de Noviembre de 1999. Este sesgo a favor de los ricos se debe en gran parte al uso desproporcionado de los servicios hospitalarios por las personas adineradas, quienes (con una excep-

ción) siempre reciben por lo menos 26% del beneficio general. La distribución de la atención primaria es casi siempre más beneficiosa para los pobres que la atención hospitalaria, lo que justifica la importancia que se asigna a aquella como una forma de llegar a los menos favorecidos. Aun así, los pobres a veces obtienen menos beneficios de la atención primaria que los ricos. Los pobres suelen recibir gran parte de su atención ambulatoria personal –que corresponde al grueso de la utilización que hacen del sistema de salud y de los gastos sanitarios costeados con su propio dinero y, además, brinda la principal oportunidad para lograr otras ganancias de salud– de proveedores privados, y esos servicios los pueden favorecer más o menos que la atención ofrecida por el sector público. En muchas reformas actuales de la tercera generación se incorporan las ideas de responder más a la demanda, tratando cada vez más de lograr el acceso para los pobres y haciendo hincapié en el aspecto financiero, incluidos los subsidios, y no solamente en la prestación de servicios por el sector público. Estas tentativas son más difíciles de caracterizar que las reformas anteriores, porque obedecen a una mayor diversidad de razones e incluyen mayor experimentación. En parte, reflejan los profundos cambios políticos y económicos que se han venido produciendo en el mundo. Para finales de los años ochenta, estaba en marcha en China, Europa Central y la antigua Unión Soviética la transfor-

mación de las economías centralizadas en economías de mercado. La acentuada intervención estatal en la economía estaba perdiendo credibilidad en todas partes, lo que condujo a la venta o liquidación de las empresas del Estado, a la promoción de más competencia tanto interna como externa, a la reducción de los controles y las reglamentaciones gubernamentales y, en general, a dejar la situación librada a las fuerzas del mercado. Desde el punto de vista ideológico, esto significaba asignar mayor importancia a la capacidad de decisión y a la responsabilidad individuales. Por el lado político, significaba limitar las promesas y las expectativas acerca de lo que debían hacer los gobiernos, en particular por conducto de los ingresos generales, para ajustarse mejor a su verdadera capacidad financiera y de organización. Los sistemas de salud no han quedado a salvo de estos cambios en gran escala. Una de las consecuencias ha sido el aumento considerable del interés por los mecanismos explícitos de seguro, en especial los de financiamiento privado. En varios países asiáticos se han efectuado reformas que incluyen esos cambios; en consecuencia, el seguro de salud para todos se ha introducido en diferentes grado en la República de Corea, Malasia, Singapur y China (provincia de Taiwán). También se han hecho reformas en Argentina, Chile, Colombia y México, con objeto de unificar, ampliar o fusionar la cobertura de seguro y así lograr una mayor participación en el riesgo; asimismo,

una combinación de atención sanitaria costada por el seguro y directamente por el asegurado ha reemplazado gran parte del sistema público en todos los países que anteriormente eran comunistas. En los países desarrollados que ya contaban con cobertura esencialmente para toda la población, han tenido lugar cambios generalmente menos drásticos en el financiamiento de la atención sanitaria. Pero ha habido cambios sustanciales en quién determina cómo se utilizarán los recursos y en los arreglos mediante los cuales se mancomunan los fondos y se pago a los proveedores. En ocasiones se ha responsabilizado a los médicos generales y a los médicos de atención primaria, en su calidad de “porteros” del sistema sanitario, “no solo de la salud de sus pacientes sino también de las consecuencias más generales del uso de recursos para cualquier tratamiento prescrito. En algunos países, esta función se ha formalizado mediante el establecimiento de la “asignación de presupuestos” por los médicos generales y los médicos de atención primaria, por ejemplo, mediante la “asignación de fondos” para el ejercicio de la medicina general en el Reino Unido (foundholders), las organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations) en los Estados Unidos y las asociaciones de ejercicio profesional independiente en Nueva Zelanda”. En los Estados Unidos, el poder ha pasado en gran medida de los proveedores a los aseguradores, que actualmente contro-

lan en gran parte el acceso de los médicos a los pacientes y viceversa. Como puede inferirse, esta interpretación histórica –bien que una historia demasiado cercana, que probablemente necesite de una mayor perspectiva para optimizar su entendimiento– toma como una natural evolución de la APS la incorporación de experiencias como la de los foundholders y el managed care, entre otras formas de prestar atención tanto a la demanda como a la competencia e incentivos. Sin caer en un “fundamentalismo” sobre la conceptualización declarada en Alma Ata, hoy muchas de estas experiencias son por lo menos muy discutidas. Asimismo, aparecen nuevos peligros de alejarse de algunos conceptos liminares sobre la APS, aún cuando las reformas y avances sean aparentemente un gran progreso. El managed care (atención gerenciada, cuidados dirigidos o atención normatizada) es un enfoque de desarrollo de sistemas y servicios de salud que tiene una importancia creciente. Su mayor progreso se ha producido en los EEUU, donde se le reconoce como una de las características principales de las propuestas de reforma de salud, y aunque el concepto no es formulado explícitamente, sus elementos están presentes en propuestas de reforma de salud de varios países de América Latina y el Caribe (OPS/OMS, 1996). Nació como una alternativa para la población frente al pago directo a médicos y hospitales; los planes de salud asumen la responsabilidad de ofrecer determinados

servicios a una población voluntariamente afiliada a cambio de una prima fija anual. Comprende la creación de incentivos para que los afiliados elijan planes de bajo costo y el desarrollo de estándares uniformes de sistemas de información, que permitiría a los compradores y sus afiliados comparar la utilización, costo, calidad y satisfacción del desempeño de los diferentes planes en competencia y por lo tanto hacer elecciones más costo-efectivas. Han ganado importancia a raíz de la aparición de grupos de usuarios que financian su atención con la modalidad de pago por capitación, el servicio está a cargo de médicos de cuidados primarios que no tienen contratos exclusivos. La existencia de una red de proveedores es la característica más importante que distingue a la atención gerenciada; el afiliado que se atiende fuera de la red de servicios tiene una limitada cobertura o no tiene cobertura por el servicio, estos planes de gerencia incluyen actividades de revisión de la utilización. Casi todas las actividades de una organización de salud, basada en el managed care, pueden ser consideradas de marketing, y éste debe ser visto como un concepto y un proceso; el concepto de entender las necesidades y deseos de sus miembros, mientras que el proceso es crear y entregar servicios que satisfagan los deseos de los miembros y reúnan metas financieras y de calidad. Al respecto resulta interesante transcribir los conceptos de Ellis y Burns (Journal of Managed Care,

1997 / Journal of Integrated Care, 1998) que introducen ahora la “integrated care”; Los costos para el cuidado de la salud están creciendo más rápidamente que la habilidad de las economías nacionales para sostenerlos. La contención de costos se ha seguido rigurosamente en EEUU donde un sistema complejo de incentivos y penalidades es usado por los proveedores de salud, para controlar calidad y costos operativos límites. Este sistema es conocido como Managed care (MC). Una definición típica podría describirlo como un acercamiento planificado para brindar servicios médicos, buscando controlar costos y mejorar la calidad mediante una variedad de métodos que podrían incluir; controlar la accesibilidad, revisión de estándares de tratamiento y el uso de incentivos para mejorar la eficiencia. Está en el corazón del managed care que lo que es mejor para el paciente puede ser definido y convertido en un protocolo que puede ser implementado eficientemente. El MC por su naturaleza altera las decisiones de los médicos sobre sus pacientes. Busca limitar la libertad clínica donde esta libertad podría resultar en la prescripción de un tratamiento no eficiente ni efectivo. Comienzan a emerger pruebas apuntando a una mejora de los resultados y una percepción por parte de los pacientes de los beneficios de un acercamiento planificado para su tratamiento. Lo que todavía tenemos que ver es el uso del MC para contener costos. Seguramente vendrá. Las ventajas po-

tenciales del MC para los proveedores no han sido ignoradas por la industria de los seguros privados. La industria farmacéutica ya vio la oportunidad en este campo. Creemos que es tiempo de una discusión en la implementación y diseño de programas de MC. No sabemos como podría evolucionar frente a las tensiones entre la libertad clínica y la contención de costos. También queremos examinar cómo estos programas podrían desarrollarse cuando se aplican a sistemas de salud fuera de EE.UU. Ha sido objeto de controversia en los EE.UU y su llegada a Europa se ve con preocupación por parte de los clínicos y los gerenciadorees. Asumimos que el MC sería un término que todos los trabajadores de la salud reconocerían como una colección de herramientas y técnicas con las que se brindarían cuidados de alta calidad y accesibles económicamente. Pero el término tomó un significado de control externo, ahorro de costos, y más aún, algo no deseable que vino de EE.UU. Sintéticamente, MC es una mala palabra. A pesar de la incertidumbre que existe en la mente de los europeos, persiste una importante fuerza para el desarrollo de prácticas costo efectivas. En el Reino Unido un número de clínicos han adoptado la técnica de “integrated care pathway (ICP)” En la descripción del nuevo sistema nacional de salud, se hizo mención de reconstruir los servicios de salud de manera que brinden salud de alta calidad, basada en la necesidad, no en la capacidad para pagar. Se reempla-

za el mercado interno con cuidados integrales. Mucho, sino toda de esta visión, está basado en muchas herramientas que están agrupadas bajo el amplio término de MC, pero se aconsejó no usar esta palabra. ¿Qué comprende integrated care (cuidados integrales)? Desde el punto de vista del Gobierno “cuidados integrales” proveerá; en el hogar, consejos rápidos y sencillos e información a las personas sobre salud-enfermedad y el sistema nacional de salud; en la comunidad, consejo y tratamiento en consultorios locales y centros de salud; en el hospital, rápido acceso a servicios especializados relacionados con consultorios locales y centros de salud, de manera que el ingreso al tratamiento y cuidado. Estos escenarios comprenden aspectos que hoy debemos considerar como “integrated care” y no “managed care”. Integración en términos de gerenciamiento de enfermedad es parte de una visión del futuro. Por muchas condiciones el cuidado de alta calidad es dado por un equipo de profesionales que pueden ser doctores o enfermeras entrenados trabajando en atención Primaria o totalmente basado en la práctica hospitalaria. Como colofón de este capítulo es importante transcribir el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud; Macroeconomics and health: investing in health for economic development – Ginebra/OMS, 2001; • se destaca el papel que algunas intervenciones sanitarias básicas y de bajo costo pueden tener grandes repercusiones en las principa-

les causas de enfermedades evitables. 46 Taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud • Las intervenciones para atacar estos problemas de salud forman parte integral de las estrategias y programas nacionales de atención primaria de salud (APS), que en gran parte carecen de fondos suficientes. • Hay argumentos que podrían ser utilizados para renovar el interés de los gobiernos en invertir en programas o estrategias

de APS. • No es claro el beneficio de cambiar el nombre de la estrategia de APS al de estrategia de desarrollo de sistemas cercanos al cliente. • El ejercicio de estimar el nivel actual de los gastos en atención primaria y la “deficiencia de cobertura” de diferentes tipo de servicios puede ser una herramienta útil para identificar las necesidades nacionales específicas de reasignación o movilización de recursos a los que hay que hacer frente.

Epidemiología e impacto social y económico del cancer en Bolivia

Ac. Dra. Gladys Bustamante Cabrera PhD



“El espíritu humano es más fuerte que cualquier cosa que le pueda pasar”, menciona C.C. Scott, al referirse a la lucha enconada que realizan los pacientes con cáncer desde el momento en que son diagnosticados hasta el momento en que se alejan de la enfermedad, sea por restablecimiento o muerte.

La Organización mundial de la Salud (OMS) define al cáncer como un término genérico que engloba a varias enfermedades que afectan a uno o más órganos de nuestra economía, donde existe una multiplicación rápida de células apoptósicas que se extienden más allá de sus límites corrientes, propagándose de manera poco habitual, comprometiendo regiones cercanas o distantes, siendo está últimas (metástasis) las que en forma general llevan a la muerte por deterioro de los órganos comprometidos.(OMS/OPS, 2017)

El cáncer es considerado como una de la principales causas de morbi-mortalidad en todo el mundo, llegando a registrarse alrededor de 14 millones de casos nuevos en el año 2012 (OMS/OPS, 2017), estimándose que en los siguientes 20 años se incremente en un 70%, por lo que al año 2018 se estima un aproximado de 25 millones de casos nuevos.

Del mismo modo se establece que el cáncer se constituye en la segunda causa de muerte en todo el mundo oscilando entre 6 a 10 millones (OMS/OPS, 2017) de defunciones, por lo que se considera que una de cada 5 muertes podría deberse a esta enfermedad que cada vez ha ido incrementándose en todo el mundo y se presenta con mayor frecuencia en países de ingresos bajos, especialmente en sociedades con pobres políticas de prevención y diagnóstico temprano, así como falta de educación ciudadana y déficit en el acceso a servicios de salud.

En el año 2013, la OMS propuso la actividad del “Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020”, cuyo objetivo es la reducción en un 25% en la mortalidad prematura causada por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas hasta el año 2025, promoviendo a partir de los organismos firmantes, la adopción de un compromiso político para lograr el incentivo en

acciones de promoción y sensibilización social para la reducción de estos cuadros, acciones que se objetivizarán en la aplicación de políticas de desarrollo sostenible evidenciables, manifestados en la progresiva disminución de indicadores de morbimortalidad por todas las causas ya mencionadas.(OMS/OPS, 2014)

Entre las acciones propuestas en el Plan 2013-2020 se plantearon:

1. Aumentar el compromiso político con la prevención y el tratamiento del cáncer;
2. Coordinar y llevar a cabo investigaciones sobre las causas del cáncer y los mecanismos de la carcinogenia en el ser humano;
3. Realizar seguimiento de la carga social de cáncer (como parte de la labor de la Iniciativa mundial para la elaboración de registros oncológicos);
4. Determinar cuáles son las estrategias prioritarias para prevenir y tratar el cáncer;
5. Generar nuevos conocimientos y divulgar los existentes, con el fin de facilitar la aplicación de métodos de tratamiento del cáncer basados en datos científicos;
6. Elaborar normas e instrumentos para orientar la planificación y la ejecución de las intervenciones de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, cuidados paliativos y atención a los supervivientes a la enfermedad;

7. Facilitar la formación de amplias redes mundiales, regionales y nacionales de asociados y expertos en el tratamiento del cáncer;
8. Fortalecer los sistemas de salud locales y nacionales para que presten servicios asistenciales y curativos a los enfermos oncológicos;
9. Liderar la acción mundial y prestar asistencia técnica para ayudar a los gobiernos y sus asociados a elaborar y mantener programas sostenibles y de calidad contra el cáncer cervicouterino; y
10. Prestar asistencia técnica para la transferencia rápida y eficaz de las prácticas óptimas a los países en desarrollo.

A tal efecto, la OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer han pretendido participar de manera eficaz con colaboración técnica con organizaciones que forman parte del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles para lograr el compromiso político de diferentes países, muchos de los cuales, han asumido responsablemente tal compromiso. Sin embargo, países como el Estado Plurinacional de Bolivia, no contempla de manera seria estos compromisos adquiridos, ya que al momento no existe cobertura básica para pacientes con cáncer, existiendo una deplorable política de acción contra la enfermedad.

Los hospitales y centros de salud de nuestro país, apenas si pueden llegar a diagnósticos clínicos, con muchísimas limitantes en el apoyo diagnóstico, de tal forma que la implementación de tecnología en centros de atención pública y seguros sociales, no cuentan con dotación de infraestructura adecuada, ni de tecnología de punta, que permita a los profesionales en salud dar cobertura óptima a esta enfermedad cada vez más creciente en el país.

Del mismo modo, la escasez de capital humano especializado en áreas específicas de diagnóstico, tratamiento y control del cáncer, reduce las condiciones de atención óptima en la mayor parte de las ciudades del país, limitándose casi con exclusividad al eje troncal de ciudades en desarrollo de Bolivia, como son La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, las cuales tienen poco o algún desarrollo en el área, en razón de ser las ciudades más pobladas del país, así como constituirse en el centro de desarrollo productivo y/o político. Sin embargo, esta cobertura es insuficiente, tomando en cuenta las demás ciudades capital y mucho menos las provincias de todos los departamentos del país que no cuentan con asistencia especializada en esta área, mucho menos, con métodos de diagnóstico y tratamiento correspondientes.

Si bien el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional, ha realizado pocos esfuerzos en relación a la implementa-

ción de la vacuna contra el papiloma virus, a través de la promoción de la misma, estas acciones no han tenido la cobertura esperada en la población objetivo, debido a la pobre influencia educativa y de difusión de los medios, mientras que las han priorizado la función política partidaria proselitista, antes que la protección a la salud.

Ante este panorama y la falta de condiciones de atención óptima en el sistema público de salud, algunas instituciones privadas, han creado centros de atención para pacientes portadores con cáncer, realizando inversiones particulares o grupales para la compra de equipos y materiales, que intenten facilitar el diagnóstico y tratamiento de los enfermos ante la carencia de dichos insumos en centros públicos. De este modo, los pacientes portadores de cáncer, acuden en busca de ayuda a estos centros, cuyos costos de atención elevados, limitan al grupo poblacional afectado, constituyéndose en centros de acopio de élites económicas, sin que se pueda dar acceso a personas con bajos recursos económicos, debido a los altos costes de sostén de los equipos y personal que trabajan en estos centros médicos.

Pese a estos esfuerzos individuales, la existencia de métodos de diagnóstico y tratamiento modernos son casi ausentes y la atención médica se convierte en un acto comercial, donde la persona que puede pagar los costos de atención,

se ve favorecido por un diagnóstico o terapia mejor a la de aquel que acude a los centros de atención públicos o del Seguro Social, donde las grandes colas para poder obtener una ficha de atención, así como la escasez de personal contratado en la especialidad correspondiente y la limitación de infraestructura, confabulan para que estos enfermos sostengan una lucha interminable para poder ser atendidos.

Esta realidad evidente en la atención de pacientes adultos portadores de cáncer es mucho más desalentadora en el grupo infantil, donde los recursos son menores pese a las múltiples protestas de los usuarios, quienes no encuentran respuestas gubernamentales ni institucionales ante sus reiterados pedidos.

Por supuesto, el objetivo del Plan de Acción relacionado a la investigación sobre las causas del cáncer, es mínima reduciéndose a un pequeño grupo de docentes universitarios, que han hecho estudios importantes como los realizados por el Centro de Investigación del Cáncer de la Facultad de Medicina de Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), instituto que ha realizado estudios de interés y repercusión mundial sobre Leucemia. Estos esfuerzos aislados, no han generado multiplicación en otras áreas relacionadas con esta infausta enfermedad.

En relación al seguimiento de la carga social del cáncer en el mundo y específicamente en cada país, en el año

2017, el Jefe Nacional de Epidemiología de Bolivia, declaraba en medios públicos que existen alrededor de 18.600 casos nuevos de cáncer (Zapana, V., 2017), de los cuales 65,4% correspondían al sexo femenino, con una incidencia es de 351,53 casos por cada 100.000 mujeres y de 185,80 en el caso de varones, de tal forma afirmó que “ el levantamiento de datos muestra que la cantidad de casos nuevos de cáncer aumenta cada año. En el quinquenio se tiene acumulado 93.282 casos y en promedio el reporte anual es de 18.600 casos. El 65% es detectado en mujeres y 34,6%, en varones. La mortalidad anual es de 27%”.(Ministerio de Salud y Deportes, 2018) Este mismo funcionario afirmaba que “la mortalidad por cáncer en mujeres está sobre todo relacionada con el cáncer de cuello uterino, seguido del de mama y vesícula biliar y piel, mientras que en varones, la mayor incidencia se daba con el cáncer de próstata, seguido del de piel, estómago y el de pulmón”.(Pérez, W., 2017), reportes que comparativamente con los emitidos por la OMS/OPS en el documento técnico sobre Indicadores de Cáncer publicado en 2013, en la que se presentaban estadísticas Ministeriales hasta la gestión 2012, la mortalidad femenina por cáncer era de igual forma el CA cérvicouterino el que ocupaba el primer lugar, seguido del de estómago y mama, no siendo relevante el cáncer de vesícula biliar, mientras que en los varones el cáncer de estómago, próstata y pulmón se describían como los más importantes (OMS/OPS, 2013) (Ministerio de Salud

y Deportes, 2018), al igual que ahora por lo que en apariencia, las acciones preventivas y curativas, no habrían cambiado la situación de salud en el tema en cuestión.

Del mismo modo el Ministerio de Salud de Bolivia, informó el 2017 que cada día muere un estimado de 14 personas por día por cualquier tipo de cáncer, de los cuales un tercio corresponde al sexo femenino. (Zapana, V., 2017)

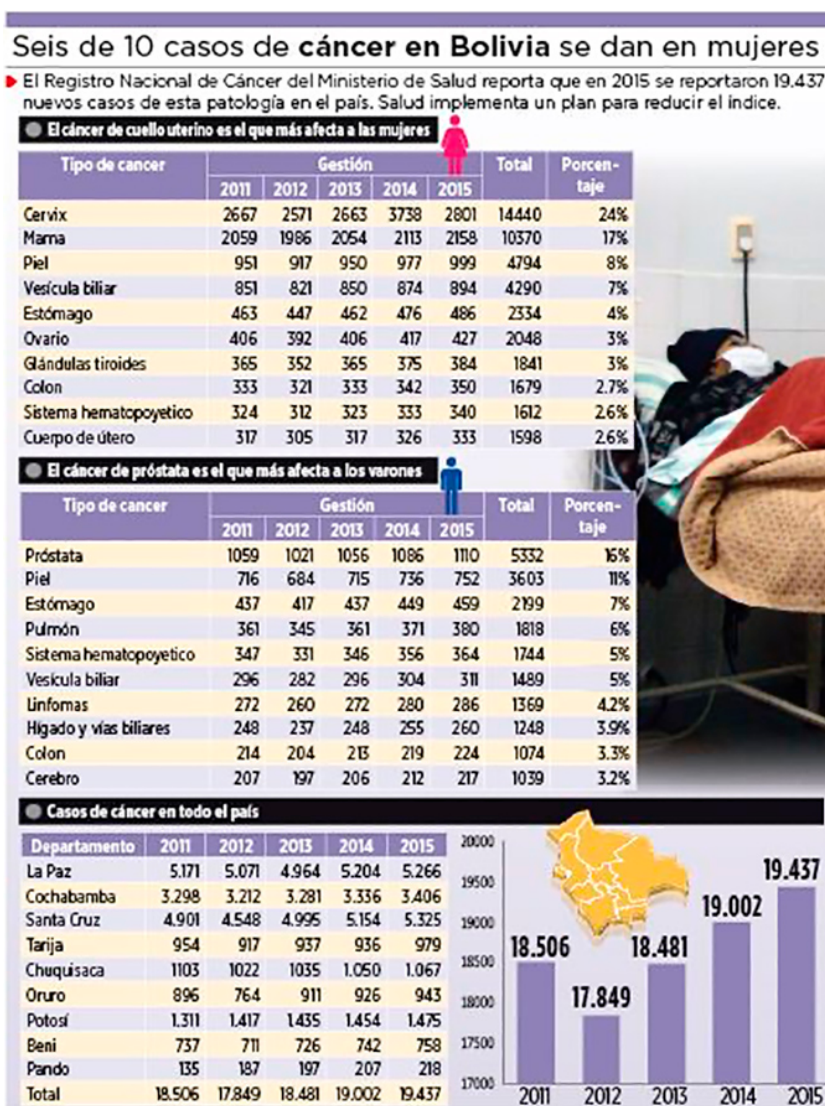
En el mismo año la Ministra de Salud indicó que “845 mujeres mueren al año en Bolivia a causa del cáncer cérvicouterino, (4,56 por día) (Página Siete, 2017) (cifra similar fue informada por la OMS el 2013). A su vez la Ministra indicó que por esta enfermedad el 80% de los servicios de quimioterapia en los hospitales se encuentra saturado”, debiendo hacerse notar que no existen servicios de quimioterapia con esa función específica, sino centros de manejo oncológico o salas de oncología que a su vez tienen espacios insuficientes, con personal escaso y en su generalidad sin capacitación específica en el tema, a más de uno o dos oncólogos en algunos hospitales de segundo y tercer nivel.

La autoridad también mencionó que cada año se diagnosticaban 2.049 nuevos casos de cáncer cérvicouterino en Bolivia y que “la incidencia era de 47 por 100.000 mujeres que contraían ese mal” (Pérez, W., 2017), a diferencia de la tasa estimada media reportada en

2013 por la OMS/OPS que corresponde a 21 casos por 100.000 (OMS/OPS, 2013), comprendiendo entonces que en vez de mejorar los indicadores, estos habrían empeorado en un 100%, por lo que una vez más se pone en duda que las medidas instauradas de manera preventiva habrían sido insuficientes o nulas.

En abril del 2017 la misma cartera de estado mencionaba que los departamen-

tos de Potosí y Oruro serían los más afectados del país, con incidencia de 93,5 y 60,9 por cada 100 mil mujeres respectivamente, correspondiendo a las regiones con mayor índice de pobreza. (Página Siete, 2017) por lo que en apariencia los informes emitidos en el 2015, mostrarían que la relación de casos en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, podrían estar en función a la mayor masa poblacional de estas regiones, con el total porcentual del país.



Fuente: Ministerio de Salud 2018 y Página Siete febrero de 2017

Pese a las variabilidades estadísticas presentadas y la escasa información existente en el CDC sobre Bolivia, este podría ser considerado como el primer país en la región con la tasa más elevada de muerte por cáncer cérvicouterino, TEM 26,3 por cada 100 mil mujeres, siendo una de las más altas a nivel mundial, constituyéndose la segunda tasa de muerte más alta en Latinoamérica (Eid, C., 2017) con incidencia de 56,55 por cada 100 mil mujeres (Eid, C., 2017), correspondiendo a las edades entre 25 a 46 años de edad como grupo etéreo más afectado.

A su vez la edad media reportada, en la que se informan lesiones de bajo grado es de 25 años, mientras que para las de alto grado es 28 años, y 38 años para los carcinomas in situ según el informe del Instituto de Laboratorios en Salud (INLASA). (Página Siete, 2017).

En este sentido y por los indicadores ya referidos el Estado propuso en su estrategia de prevención primaria la vacunación contra el papiloma humano en niñas de 10 a 12 años de edad, misma que aparentemente tuvo una cobertura total de 200 millones de niñas vacunadas en los 10 años de gestión de gobierno según informe de la Ministra de Salud (El Deber, 2017), haciéndose notar que la vacuna referida recién se había implementado en Bolivia el año 2014, por lo que una vez más los datos presentados por la representante de esta cartera

de salud pasan a ser poco fiables. A su vez, la información registrada en exposiciones públicas de la Ministra del ramo hace mención que la proyección de vacunación para el año 2018 plantea una cobertura que se extiende sólo a niñas de 10 años para cobertura primaria de vacunación en ésta área. (El Deber, 2017)

Como es ya conocido, el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública mundial que provoca la muerte de aproximadamente 260 mil personas y afecta a más de 500 mil nuevas pacientes cada año en todo el mundo; sin embargo, a diferencia de la mayoría de los cánceres, puede prevenirse mediante programas de tamizaje económicos y de fácil acceso. En este sentido, “Bolivia tiene un programa de bienestar social que cubre a casi a toda la población de bajos ingresos económicos, existiendo una franja donde no llega dicho programa, pero al ser un programa horizontal tiene solo cierta cobertura”, y sugiere “injertar la educación para la salud en estos programas de bienestar social, que ya están funcionando, tal como se hizo para la salud materno infantil, el cáncer de cuello uterino es un tema de salud sexual”, indicó Felicia Knaul. (Eid, C., 2017)

Es así que en Bolivia, existe la vigencia de disposiciones legales que favorecen que las mujeres tengan acceso a los servicios de detección del cáncer de cuello uterino, amparadas en la Ley No. 3250 de 2005, en la cual se amplía el

Seguro Universal Materno Infantil y en el cual su reglamentación determina la obligatoriedad en los servicios de salud de dar cobertura a mujeres hasta los 60 años de edad, para servicios diagnósticos como el PAP y si se detectan lesiones precancerosas se dé cobertura para otros exámenes y tratamientos, incluyendo la cirugía gratuita.(UNFPA, 2015)

Por otro lado y basándose en las estadísticas precedentes, el segundo problema importante de cáncer en mujeres es el cáncer de mama, el cual alcanza a un 16% de todos los cánceres detectados en Bolivia, siendo la segunda causa de muerte en mujeres de país. Es llamativo que dicha entidad nosológica tuvo una incidencia creciente desde el año 2002, año en el que ocupaba el sexto lugar, mientras que al 2017 se encuentra en el segundo lugar después del cáncer cérvicouterino, proyectándose que al año 2020 este cuadro se incrementará en un 46%. (Ministerio de Salud Bolivia, 2017). La prevención secundaria esperada en mujeres de más de 20 años, mediante la prueba de Papanicolau, fue de 200 mil pruebas, frente a una cantidad esperada de 725 mil por año en la gestión 2017. (Página Siete, 2017)

Estos datos muestran la necesidad de tomar medidas inmediatas de prevención, control y tratamiento que permita la reducción de esta enfermedad en el grupo femenino que habita en este país latinoamericano.

Es lastimoso, sin embargo, mencionar que las políticas preventivas instauradas en los últimos años en relación a estos cuadros, se han limitado a comunicaciones orales en ferias callejeras, promovidas a partir del Ministerio de Salud, las cuales están a cargo de profesionales sin experticia en el área y que no persiguen objetivos claros en su ejecución, por lo que es posible afirmar que no existen políticas reales y serias de detección de esta enfermedad en grupos etáreos de riesgo.

Si bien las estadísticas femeninas presentadas han demostrado errores en el control de indicadores sobre el tema, una situación similar ocurre en el cáncer masculino donde el perfil de mortalidad mostrada en el año 2013, época en la cual se informaba alrededor de 2984 muertes de varones por cáncer, correspondiendo el 17% a CA de próstata, 8% estómago, colorectal el 6% y pulmón el 5.(Ministerio de Salud . Bolivia, 2013), el año 2014 a través de publicaciones locales se evidenció que el cáncer de próstata se presentaba en un 59,3% y el de pulmón en 4,6% de los casos, encontrándose mayor prevalencia de metástasis en el sexo masculino en un 65% de las veces. (Villarreal, L. et al., 2014) Sin embargo no existe información sustentable en el Ministerio de Salud que confirme si dicha información es verídica.

Los mecanismos de prevención en el cáncer masculino se apoyan en la ley

798 (texto que se modificó con la ley 252 de 2012) en la cual se instruye a todos los trabajadores del sector público y privado a un día de permiso para someterse a una revisión médica y someterse a pruebas de detección de cáncer de mama, cuello uterino, próstata y colon. Sin embargo, pese a la existencia de la ley, una gran parte de la población desconoce el alcance y necesidad de su cumplimiento, a lo que se añade la idiosincrasia popular, en la cual el cuidado de la salud del hombre es minimizado por razones culturales, educativas y sociales, enfocándose casi exclusivamente al cuidado del binomio madre y niño. Es de tal forma la influencia cultural, que los varones admiten su control urológico sólo después de los 50 años, tiempo en el cual ya pudo haberse instalado una lesión maligna.

De tal forma, la detección precoz del cáncer en general, incluye a una población de menos del 30 % del total de habitantes, por lo que alrededor del 60% de la población que no cuenta con seguro de salud, encuentra cobertura gratuita en la toma de muestra de PAP en los servicios públicos dependientes de las gobernaciones, hecho que no sucede con el sexo masculino, ya que la cobertura de tamizaje precoz no tiene extensión hacia pruebas en varones. (Zapana, V., 2017)

Se dice que un tercio de las muertes de cáncer se debe a exposición de factores de riesgo, conductuales y dietéticos que se dan a mencionar como son; el

índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, siendo el tabaquismo el principal factor de riesgo llevando al cáncer de pulmón como el primero de los cánceres que llevan a mortalidad (22%) de todos los tipos de cáncer descritos, seguido de cáncer hepático, colorrectal, gástrico y mamario. (OMS/OPS, 2017)

Por su parte la presencia de infecciones oncogénicas crónicas como sucede en el caso de la hepatitis viral e infecciones por papiloma humano, llevan a un 25% de muertes en países de bajos ingresos, incrementando la posibilidad de contraer cáncer en edades temprana, de tal forma que el diagnóstico, tratamiento y control de cuadros como la Hepatitis Bo, hepatitis C e infecciones por virus de Epstein Barr, deberá ser prioritario en la descripción temprana de cáncer hepático, mientras que el Papiloma virus, se relacionará a cáncer de cuello uterino. A su vez el consumo de contaminantes en los alimentos (uso de pesticidas, glutamato monosódico, aflatoxinas, arsénico, etc.), la presencia de H. Pylori y otros elementos contaminantes y/o agresores como sucede con la radiación ultravioleta, etc., serán factores predisponentes en la aparición de cáncer de estómago y colorrectal (OMS/OPS, 2017)

El envejecimiento aumenta la incidencia de la enfermedad por incremento en el tiempo de exposición de algu-

nos factores de riesgo, y reducción de los mecanismos de reparación, se relacionan con la aparición de determinados tipos de cáncer según género.

A todo ello se añade el diagnóstico tardío de la enfermedad, así como la falta de tratamiento oportuno, o la limitación de uso medicamentoso por escasez de recursos económicos, físicos o administrativos, llegando a una cobertura menor al 30% en los países en vías de desarrollo.

El lógico pensar entonces que la mayoría de los cánceres puede ser prevenido, reduciendo los factores de riesgo que los producen, así como la detección precoz de los mismos mediante la aplicación de políticas de salud que establezcan la prevención y diagnóstico temprano en aquellos tipos de cáncer que son prioritarios en cada nación.

En este sentido en el año 2013 el Ministerio de Salud (OMS/OPS, 2014) mostraba estadísticas de la frecuencia de factores de riesgo poblacional para la adquisición de cáncer, en concordancia con los descritos por la OMS/OPS, debiendo integrarse a la identificación de dichos factores en nuestro grupo poblacional, declarando de tal manera, que en el año 2013, el 30% de la población boliviana era fumadora (42% eran hombres y 18% mujeres), existiendo un 18% de jóvenes consumidores de cualquier producto de tabaco.

Por otra parte y en relación al cáncer de pulmón el Ministerio de Salud el año 2013, informó la existencia de 3 a 5 espacios públicos completamente libres de humo, con aumento de los impuestos sobre el tabaco a 42% del precio final, así como la prohibición de espacios de publicidad y patrocinio de consumo de tabaco, u otros tipos de publicidad indirecta o indirecta, (Ministerio de Salud. Bolivia, 2013) último hecho que no se cumple en la realidad, ya que a la fecha aún existe publicidad en forma de gigantografías en las que el consumo de tabaco se ve promovido. Según un informe de la OMS, hacia el 2014 sólo cinco de los 12 países de la región tenían una prohibición completa de publicidad, consistente con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (Brasil, Colombia, Panamá, Surinam y Uruguay). (Plamondon, G., Guindon, G.E., & Paraje, G., 2017)

Por tanto las recomendación de reducción de consumo de tabaco, al ser uno de los factores principales del primer tipo de cáncer en el mundo se asocia a modificaciones de los hábitos de vida ,que en ocasiones es difícil de ejecutar en razón del gran impacto publicitario de las empresas productoras de tabaco y el poder económico de estas, que al igual que muchas empresas de comida rápida, introducen en sus programas de ventas, el acceso fácil a bajo costo y rápido de alimentos que no son saludables, por lo que los niveles de obesidad en el mundo, sobre todo en países del primer mundo y

en vías de desarrollo, son cada vez mayores. Los costes elevados de producción en alimentos orgánicos hacen de estos poco accesibles a la población siendo en los últimos años, más apetecidos por organizaciones relacionadas a ecología, veganos y vegetarianos, con muy poco consumo de sujetos con alimentación variada. Sin embargo, estos alimentos son utilizados con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, quienes consumen alimentos producidos por los agricultores tradicionales, con costos muy accesibles a la población, al encontrarse todavía grandes territorios de cultivo a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados.

Por otro lado, los informes locales mencionaban que el consumo de alcohol llegaba a 59,9%, sin identificar cantidades ni tipo de alcohol consumido, predominando en los varones en un 65% y 55% en las mujeres. El mismo año en relación a la obesidad se identificó que el 18% de la población boliviana era obesa, correspondiendo el 27% al sexo femenino (Ministerio de Salud. Bolivia, 2013). En el año 2015, se reporta un 30% de población obesa concentrada principalmente en la ciudad de Santa Cruz, sin encontrar otros indicadores que permitan comparar los datos emitidos con anterioridad.

Para entonces no se planteaban políticas o estrategias para la reducción del sobrepeso, iniciándose solamente el plan de vacunación contra el papiloma virus. Se reportó de igual forma la inexisten-

cia de guías de tamizaje para cáncer de mama, y para otros tipos de cáncer, haciéndose mención breve sobre las guías de tamizaje de cáncer cérvicouterino.

Por otro lado, la disponibilidad de cobertura de los servicios de tamizaje con uso de mamografía, que existe en los servicios de seguridad social y se realiza de forma habitual en los mismos, es diferente en los servicios de atención pública dependientes del estado, donde los equipos son obsoletos e insuficientes para el total de la población que acude a ellos a lo que se añaden los costos del servicio, que pese a ser bajos, no pueden ser cubiertos por la población que accede a ellos, razón por la que el tamizaje en los servicios públicos es de baja cobertura, siendo mayor en la seguridad social y los servicios privados. Cosa similar ocurre con el tamizaje de cáncer colorectal, no existiendo guías de tamizaje para esta enfermedad, que hayan sido publicados o diseñados por el Ministerio de Salud boliviano. (Ministerio de Salud. Bolivia, 2013)

Si bien entre los objetivos mencionados de la OMS se plantea la determinación de las estrategias prioritarias para prevenir y tratar el cáncer, las mismas no han sido explícitas en nuestro país, mucho menos la generación de nuevos conocimientos y divulgación de los existentes, con el fin de facilitar la aplicación de métodos de tratamiento del cáncer basados en datos científicos; obviamente tal como se muestra en el

reporte ministerial no se han elaborado normas e instrumentos para orientar la planificación y la ejecución de las intervenciones de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, cuidados paliativos y atención a los supervivientes a la enfermedad, en la mayor parte de los tipos de cánceres, no existiendo más que 5 equipos de radioterapia en todo el país, tres de los cuales son dependientes de la seguridad social, y uno de carácter privado, mientras que la cantidad de unidades de teleradioterapia/ millón de habitantes alcanza a 0,6, el número de oncólogos para todo el país no sobrepasa de 20 especialistas. Si bien, la quimioterapia se aplica en todos los centros de segundo y tercer nivel, existe escasez de dotación de medicamentos antineoplásicos, o bien el costo de los mismos no es accesible a la mayor parte de la población, por lo que una cantidad importante de pacientes declina los tratamientos ante esta realidad. (Ministerio de Salud. Bolivia, 2013)

La morfina oral para el tratamiento paliativo de los enfermos con cáncer requiere de trámites burocráticos para su expendio, que se realiza única y exclusivamente a través del Ministerio de Gobierno, existiendo financiamiento de este medicamento por parte del estado, sin embargo, su disponibilidad es pobre o nula, y no se encuentra dentro de la lista de medicamentos esenciales, habiéndose calculado que el total de equivalentes de morfina per cápita alcanza al 0,17. (Ministerio de Salud. Bolivia, 2013)

En relación a la carga económica y el impacto social del cáncer en pacientes portadores de la enfermedad, se evidenció un promedio de gasto de SUS 50000 (cincuenta mil dólares americanos), valor promedio obtenido por encuestas realizadas con Cronbach de 0,925 a través de panel de expertos, monto que varía en SUS 30000 (dólares americanos) a más en función al grado de cáncer y tipo de tratamientos instaurados. Por otro lado esta diferencia al igual que la encontrada en paneles de expertos similares utilizados en México, varía en función a los datos obtenidos de los registros de las historias clínicas de los pacientes incluidos en los estudios, debido a que se encuentra multiplicidad de errores de registro y omisión de datos, que podrían llevar a una cuantificación errónea de los costos económicos que implica el manejo de los pacientes con esta enfermedad, por supuesto ello llevara a distorsiones sobre el verdadero impacto social y económico que conlleva el manejo clínico y/o quirúrgico de pacientes en los diferentes estadios del cuadro. Es en este sentido que deberían existir mecanismos de evaluación de información en los hospitales que mejoren los registros de los expedientes en forma general. (Sánchez-Román, F.R. et al., 2012)

El costo social del cáncer debe englobar diferentes puntos de vista, de tal forma, que debe llamar mucho la atención cuando se muestran resultados como aquellos presentados por Capote Negrin, cuando hace mención

a la diferencia en las tasas estandarizadas de afección x 100.000 mujeres en Puerto Rico de 9,73 vs Bolivia 50,73, en el entendido de que estas diferencias no son necesariamente una consecuencia de variaciones en la conducta sexual de estas poblaciones, sino sobre todo a un desigual acceso a medidas de control y tamizaje, que lastimosamente alcanza solo al 12% de mujeres al 2014, siendo uno de los países con peor cobertura en citología diagnóstica. A todo ello se añade el analfabetismo, la pobreza y la carencia de hábitos higiénicos, haciendo que estos indicadores se constituyan en marcadores de subdesarrollo. Por su lado, las deficiencias nutricionales se constituirán en factores de riesgo sobre todo en el momento de la quimioprevención. (Capote Negrin, L., 2013)

El tabaquismo representa la primera causa de mortalidad prevenible. Las estimaciones actuales proyectan para el período 2010-2050 un saldo de 400 millones de muertes a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco en adultos. (Jha, P., 2012) De este número aproximadamente el 80% se producirían en países de bajos y medianos ingresos sin que la carga de mortalidad atribuible al tabaco haya sido modificada de manera importante desde el 2004 en América Latina, generando una importante carga económica estimada en USD 500 mil millones (dólares americanos) principalmente por costos directos en el sistema de salud y por productivi-

dad perdida.(Shafey, O., Eriksen, M, Ross, H., & Mackay, J., 2009)

Los costos médicos directos producidos por el consumo del tabaco pueden llegar a representar pérdidas para los países de hasta 1% de su producto bruto interno (PIB) y ser responsables de 15% de todos los gastos sanitarios.(Jha, P., 2012)

Si bien el consumo de tabaco en personas jóvenes es cada vez mayor y se relaciona a modelos de aceptación social, al igual que el consumo de alcohol y drogas, a los cuales se añaden problemas de índole social, como la pobreza, la desigualdad social, la violencia, que incentivan al consumo de estos elementos nocivos para la salud, es lógico entonces pensar que las políticas destinadas a la reducción del consumo de tabaco y otros elementos, no solo deben estar enmarcadas a una educación con reducción de la publicidad explícita, sino también a varias políticas sociales que mejoren las condiciones de vida de los jóvenes fumadores, futuros enfermos de cáncer. Si se considera que la asignación presupuestaria para salud en Bolivia, es una de las más bajas de Latinoamérica en los últimos 20 años (4% del PIB), es imposible pensar que se generen asignaciones presupuestarias de importancia que puedan cubrir con programas preventivos a esta y muchas otras enfermedades, al no ser prioridad estatal la protección a la salud ni la mejora de las condiciones de vida de los enfermos con o sin cáncer.

Para avanzar en políticas eficaces de control del tabaco se requiere información sobre las consecuencias sanitarias y económicas de su uso, su distribución entre los individuos, las familias, las comunidades y los departamentos, observando comparativamente los indicadores de los países de la región.

Un estudio realizado por Jha en 8 países demuestra que los problemas de salud asociados al tabaquismo alcanzan a un costo directo para el sistema de salud de USD 87000 millones en América Latina, siendo responsable el tabaquismo en sí del 39% de este total, es decir 33576 millones. Bolivia alcanza un costo anual de 147 millones correspondiente a 31% en el sexo masculino y 116,99 millones o 24 % en el sexo femenino, y de este total el 15,44% se relaciona al cáncer de pulmón, teniendo un gasto total en salud del 12,7%, equivalente al 0,8% del PIB, mientras que el gasto recuperado mediante impuestos no es mayor al 8,1%. (Pichon-Riviere et al., 2016)

Por otro lado, las grandes deficiencias en los sistemas de registro y base de datos en el Ministerio del ramo sobre enfermedades prevalentes, no favorecen a la obtención de datos que permitan realizar estudios que orienten hacia acciones correctivas y mucho menos a desarrollar estrategias preventivas, en razón de la poca credibilidad de la información recolectada en centros de salud de primer nivel y áreas rurales, así como de algunas ciudades pe-

queñas en los departamentos más pobres del país, y el retraso del registro informatizado de dichos datos. Esta información es útil para sembrar conciencia, estimular a los decisores a implementar nuevas medidas o profundizar las existentes y movilizar mayores recursos para su control.

En general se puede mencionar que la información estadística presentada y existente en el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia en referencia al cáncer es extremadamente pobre e insuficiente para la toma de decisiones e implantación de programas preventivos de diagnóstico y tratamiento. Del mismo modo las políticas actuales no tienen sistemas de control y seguimiento óptimos que faciliten la realización de estudios comparativos sobre la situación actual de Bolivia en relación a años previos y con países cercanos al nuestro. De tal forma la incertidumbre sobre los aspectos actuales del cáncer en nuestro país y su afección en los diferentes grupos etáreos, así como todos los estudios descriptivos que permitan hacer estudios sobre el impacto económico y social se ven muy limitados ante la falta de información en este campo.

Se conoce por antecedentes de literatura investigativa que el cáncer es una de las afecciones más costosas en el tratamiento, cuidado y supervivencia de los pacientes y la familia de los mismos. Este costo económico y social, es cada vez mayor en razón de la inserción

de nuevos métodos de tratamiento tanto en quimio o radioterapia, y la aparición de nuevos medicamentos, cuyos costos son muy altos y en ocasiones restrictivos para la mayor parte de los individuos que padecen este cuadro, quienes, en el afán de poder mejorar su estado de la salud, invierten grandes sumas de dinero poniendo en riesgo la seguridad económica de sus familias, o caso contrario abandonan el tratamiento prescrito, con aceptación de su futuro poco promisorio, llevando consigo un estado de congoja y depresión de todo el contexto familiar.

Sin embargo, la visión cultural del cáncer dentro de la región altiplánica boliviana, no se orienta hacia una enfermedad producto de ciertas condiciones biológicas y físicas particulares, sino más bien a condiciones esotéricas derivadas de “maldiciones” familiares, que llevan al enfermo a separación de su grupo social, donde la familia es presionada por un sentimiento de vergüenza de alguna acción cometida que es sancionada por los Achachilas (sabios) quienes estarían cobrando la culpa cometida a partir de la enfermedad adquirida, lo que lleva a una situación de aislamiento social en el ayllu (sociedad indígena), que empeora el estado depresivo del paciente, quien además de no contar con recursos económicos, acude a la medicina tradicional como única alternativa de manejo.

Si bien las compañías aseguradoras de muchos países dan cobertura parcial

o total a tratamientos de cáncer con primas o montos deducibles de coaseguros, en Bolivia esta imagen es inexistente, estimándose que los costos por cuenta propia ascienden al 60% o más del ingreso familiar en casos de atención pública, siendo mayores en la atención privada, llegando hasta el 30% en el seguro social.

Si bien en Bolivia, no se encuentra información actualizada sobre los gastos de atención médica de pacientes con cáncer comparativos con aquellos que no cursan esta enfermedad, se estima a partir de investigaciones en países cercanos que la situación podría ser similar.

No se debe olvidar que el manejo de cáncer es a largo plazo e incluye consultas médicas repetidas, al menos una vez cada dos meses en el primer año y luego cada 3 meses, de tal forma que los sobrevivientes con cáncer incurren en gastos por cuenta propia mucho más altos, aun luego del diagnóstico inicial, y se relacionan a los efectos mediatos, tardíos o permanentes producto de la enfermedad, los cuales generan ausencias laborales repetidas o pérdida de su trabajo, que limita aún más su manejo económico y el de todo el grupo familiar. En muchas ocasiones el paciente enfermo requiere reposo en cama, por tiempos prolongados, incurriéndose en gastos de control de enfermería o cuidado particular, que no siempre pueden ser solventados por la familia, por lo que las limitaciones de uno o más sujetos del

grupo familiar deben limitar su vida diaria para el cuidado del enfermo, que en muchos casos implica a otro miembro aportante económico de la familia.

De esta forma, las repercusiones resultantes pasan a denominarse: *sufriamiento financiero*, *tensión financiera*, *dificultad financiera*, *toxicidad financiera*, *carga financiera*, *carga económica* y *dificultad económica* que dependerán del salario principal y de la persona que genera esos ingresos, ya que de ser el enfermo la situación es mucho más grave, del salario secundario y la relación parental de esta persona con el enfermo, y cuál sería su participación en el cuidado del paciente. La existencia de deudas anteriores y su repercusión sobre la economía familiar, así como con los activos propios de la familia, si esta tuviese y cuál sería el riesgo de perder sus bienes en caso de contraer deudas para el tratamiento del enfermo. Las repercusiones laborales de la enfermedad y su manejo en las fuentes de trabajo de comprensión del proceso de la enfermedad del trabajador y su capacidad de responder a los requerimientos de su fuente de trabajo vs. su condición de salud y la capacidad institucional de otorgar un seguro de salud, que pese a ser de carácter obligatorio, no siempre es cumplido por los empleadores, por el alto costo que implica este tipo de obligaciones laborales, que reduce su capacidad de ingreso o bien reduce el número de personal o el salario del mismo.

Se debe también tomar en cuenta la disponibilidad de seguro médico, la cobertura del mismo y su tiempo de duración, ya que en Bolivia el seguro laboral social es prestatario sólo hasta tres meses después del despido del trabajador, hecho que con frecuencia sucede con los pacientes portadores de cáncer, en razón a las múltiples ausencias a su fuente laboral y los descansos repetitivos que limitan su función en el trabajo, esto lleva o a la renuncia de su fuente de ingresos o al despido consecuente por ausentismo, por lo que se debe prever que el seguro con el que cuente permita un tratamiento sostenible y pueda asegurarlos controles necesarios para verificación de la evolución de la enfermedad, y en el mejor de los casos le permita el acceso a manejo quirúrgico, tele o radioterapia, así como terapia y medicina paliativa.

Es frecuente encontrar que, al momento del diagnóstico, los pacientes informen sobre algunos conflictos financieros o comorbilidades personales o familiares, que pongan en duda el inicio de un tratamiento. Este tipo de episodios frecuentemente encontrados en la clase media, son en la mayor parte de los casos solventados por la presencia de un seguro de salud social o privado, pero en la mayor parte de las veces, se encuentra un panorama completamente desolador, al encontrar familias de bajos recursos económicos, que corresponde a la mayor parte de enfermos con cáncer, que no cuentan con recursos propios, ni

activos, mucho menos son candidatos a préstamos bancarios y tienen solo al sistema público de salud, que como antes se había mencionado, se encuentra saturado en la consulta y no cuenta con los equipos ni espacios suficientes para poder dar condiciones óptimas de atención a este grupo de enfermos, quienes además de todo ello, cuentan con deudas personales, bajos ingresos familiares, generalmente son dependientes de su cónyuge o padres.

Esta situación a la que se adiciona el estado depresivo del enfermo y la angustia familiar, lleva a realizar gastos médicos por cuenta propia que se incrementan al buscar respuestas diferentes al diagnóstico inicial, acudiendo a consultas privadas o centros en el extranjero, quienes en la mayor parte de las veces confirman el diagnóstico inicial, sin embargo, para entonces los pacientes han realizado gastos de transporte y estadía, además de tratamientos complejos, a los cuales no pueden acceder en su país de origen, con costos muy elevados, que en ocasiones son abandonados por que no pueden permanecer por tiempos prolongados en el país ajeno, además de tener la angustia del abandono de los familiares que quedaron en su país de origen.

Estos elementos bioéticos que en ocasiones no son considerados en los países receptores de enfermos de cáncer, hacen que la morbi mortalidad sea más alta en Bolivia, debido a abandonos de

tratamientos costosos adquiridos en el extranjero, o graves consecuencias económicas y disrupción familiar por permanencias largas y costosas en el extranjero.

Con todo ello, el componente psicológico de ansiedad y depresión del paciente se ve incrementado por las constantes obligaciones que deben ser cumplidas con su entorno inmediato, mismo que a su vez siente el temor, ansiedad y depresión, así como el miedo de perder a un ser querido por una enfermedad temible, además de ver cómo progresivamente se van reduciendo los ingresos familiares y en ocasiones se producen pérdidas de bienes, generando limitaciones de todo tipo en el grupo familiar, con el progresivo aislamiento social.

La información sobre el sufrimiento financiero no es registrada en la historia médica, y en ocasiones solo se conoce por confesiones de familiares y pacientes, pero que son admitidas ni analizadas por el profesional en salud en el entendido de que no se debe tener una visión utilitarista y financiera sobre la salud, pero que sin embargo, afecta de manera notable en los resultados esperados del manejo terapéutico instaurado.

Esta dificultad en el registro de esta información, crea limitantes para el cálculo aproximado de gastos propios que incurren estos pacientes, que de manera empírica son lógicamente mayores a los de pacientes que no tienen

cáncer. Reportes sobre el tema, estiman que existiría un gasto promedio mayor al 20% del ingreso anual, en pacientes que sobrevivieron al cáncer, promedio que varía hasta el 50% (NIH, 2017) en función al tipo de cáncer, severidad del mismo y tipo de tratamiento instaurado. Si se toma en cuenta que el salario mínimo nacional es de 2000 Bs, equivalente a SUS 300 (dólares americanos), y la canasta familiar estimada supera los 3000 Bs (400SUS), es fácil comprender que la mayor parte de la población no tiene recursos para cobertura mínima en salud, mucho más si se analiza que los montos estimados de gastos en consulta médica privada en pacientes con cáncer llegan promedio a los 5000 Bs /año, consumo medicamentoso promedio 110000 Bs/año, exámenes complementarios básicos 60000 Bs., no se hace complicado comprender que la salud financiera de las familias se ven muy afectadas, mucho más ante de decisión de no conocer cuál será el resultado de sus esfuerzos.

En un estudio en el que se utilizaron datos con representación nacional Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), 4,3 % de los sobrevivientes de cáncer de entre 18 y 64 años de edad notificaron una carga alta de gastos por cuenta propia, en comparación con 3,4 % de las personas sin antecedentes de cáncer. En un estudio en el que se utilizaron datos de la encuesta con representación nacional Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS), 28 % de los sobrevivientes notificaron una car-

ga alta de gastos por cuenta propia, en comparación con 16 % de las personas sin antecedentes de cáncer. (Meneses, K., Azuero, A., Hassey, L., & McNees, P., 2012) Alrededor de 84 % de los beneficiarios de Medicare tenían 65 o más años.

La pérdida de productividad medida por la imposibilidad de trabajar o continuar con las actividades laboral, la pérdida de días laborales o de licencia por enfermedad, la reducción del horario laboral y los días de reposo en cama, debieran ser medidos a partir de la mediana salarial, elemento que no se encuentra identificado en registro de las historias clínicas, ni es específico en las instituciones laborales, por lo que esta información desconocida en el país, tiene como referencia aquella presentada por el MEPS(NIH, 2017), que notificó un ausentismo de 22,3 o más días laborales al año en comparación de aquellas no no reciben tratamiento para el cáncer, con una pérdida de productividad de SUS 4564 (dólares americanos) en comparación con SUS 2314 (dólares americanos) producidos por personas sin antecedentes de cáncer, del mismo modo este centro informa que la enfermedad interfirió con las tareas físicas en un 25%, y mentales en un 14%.(NIH, 2017)

En algunos estudios de investigación realizados en sobrevivientes de cáncer se indicó que entre 33 y 80 % de ellos, hicieron uso de sus ahorros para solventar los gastos médicos, utilizando recursos

destinados a otras actividades incluidas la educación de sus hijos (Davidoff et al., 2013) and may face substantial cost sharing even with supplemental coverage. In the current study, the authors examined out-of-pocket (OOP (Shankaran, V., Jolly, S., Blough, D., & Ramsey, S.D., 2012) (Langa et al., 2004) y que entre 2 y 34 % solicitaron préstamos para poder cubrir sus necesidades medicamentosas o de tratamiento, adquiriendo deudas importantes . (Shankaran, V. et al., 2012) (Wan et al., 2013)

En uno de los estudios se midió la incidencia de dificultades financieras, mencionando que el 1,7% a 3% de sobrevivientes al cáncer se declaró en bancarota en los 5 años posteriores al diagnóstico (Veenstra et al., 2014), siendo 2,7 veces más alta que en personas sin cáncer. (Regenbogen et al., 2014)

Las privaciones económicas encontradas en los estudios fueron más comunes en quienes tenían de 18 a 64 años de edad que en quienes tenían de 65 años y más, probablemente por la percepción de que a mayor grupo etáreo menos esfuerzo y necesidad terapéutica, observándose que el grupo de viudos con enfermedad entran en mayor abandono de tratamiento, y que las mujeres de menor nivel económico entran en mayor grado de restricción económica de gastos relacionados a vestimenta, diversión y vivienda.

“Los aumentos continuos en el costo del tratamiento del cáncer, específi-

camente las terapias orales, subrayan la necesidad de identificar características de supervivientes de cáncer que tienen más probabilidad de experimentar privaciones económicas”, dijo la doctora Yabroff. (NCI, 2015)

A raíz de estos hallazgos se recomienda que la relación profesional debe ser “centrada en la persona” con una interacción de contenido altamente bioético, donde se debe informar con claridad los costos probables del tratamiento, control y restablecimiento, además de las necesidades especiales que puedan ser requeridas en todo el proceso. Si bien la ética clínica, plantea limitantes en la inserción de temas de índole económica, que en algunos casos pueden llevar a la visión comercializadora de la salud, es necesario que se pueda poner en conocimiento, los beneficios y limitantes de algunos tratamientos en relación a los costos, para que las decisiones individuales y familiares puedan ser tomadas en función a todos los miembros que componen el grupo familiar y a las condicionantes económicas actuales del enfermo.

“De esta forma, serán importantes los esfuerzos para mejorar las comunicaciones detalladas entre el médico y el paciente sobre el costo de la atención del cáncer y sobre la habilidad para poder pagar, especialmente con los cambios en el acceso a la atención de la salud”, informa la doctora Yabroff. (NCI, 2015)

Por otro lado se debe tomar en cuenta la medicina paliativa, que si bien ha sido introducida hace muchos años a los centros de salud, son todavía elementos poco apreciados en algunos países, como sucede en Bolivia, donde los seguros de salud no han contemplado esta instancia de manejo en pacientes terminales, debido a los costos que representa su instalación, costos que a largo plazo reducen el costo social del individuo con cáncer y mejora la satisfacción del paciente y el grupo familiar, en el proceso de aceptación, atención y respaldo del enfermo.

Los cuidados domiciliarios en este sentido, pueden ser cubiertos parcialmente en algunas cajas de seguro, no existiendo cuidados paliativos en el sistema público, debiendo la mayor parte de las veces acceder en forma privada a dicho manejo, con costes que no son accesibles a la mayor parte de la población.

Sin embargo, en países en vías de desarrollo como ocurre en el caso de Bolivia, solo el 25% de la población tiene acceso a un seguro de salud estatal, el 10% accede a servicio privado de salud, con costes elevados, mientras que el 65% de la población se encuentra desprotegida en los servicios de salud. Pese a las promesas políticas electoralistas de nuestros gobernantes, la salud se encuentra en total abandono, sobretodo en sectores en extrema pobreza, a los cuales no se llega con información y mucho menos prevención de muchas enferme-

dades como el cáncer cervicouterino. La escasez de centros de atención médica, así como la falta de personal que los atiende, evita en la mayor parte de las veces la posibilidad de realizar cribado en grupos de riesgo para la enfermedad.

Del total de pacientes con cáncer el 60% («Más del 60 por ciento de los casos de cáncer no acaban tratamiento», s. f.) no termina su tratamiento, encontrándose un 68% de casos de cáncer de cérvix que abandonan el tratamiento, ya que tanto los servicios de seguro social y los públicos no cubren costes de atención en varios rubros, y la carga económica que asciende a 5000 hasta 19000 \$US por paciente, no puede ser asumida por las familias, que optan por abandonar el manejo terapéutico recomendado. A su vez la cobertura oncológica prometida por el estado para pacientes con cáncer, no es cumplida, dejando desvalidos a aquellos que esperanzados en poder contar con alguna medicación, esperan meses en los cuales esta promesa nunca será cumplida.

Por supuesto el tratamiento oportuno del cáncer reduce los costes de atención del paciente portador de la enfermedad, que se estimó llegaría en el año 2010 a 1,16 billones \$us. De tal forma es una exigencia global que el uso de protocolos específicos para cada tipo de cáncer sea consensuado por las sociedades científicas.

El primer paso a ser desarrollado es el objetivo del tratamiento; curarlo, pro-

longar la vida del paciente, mejorar su calidad de vida, o realizar cuidados paliativos. De esta forma se ha verificado que las posibilidades de curación del cáncer de mama, cervicouterino, oral y colorectal tienen tasas de curación altas, en función al estadio en el cual sean identificados y el tipo histológico del mismo, de igual forma ocurre con enfermedades como la leucemia y los linfomas infantiles.

Sin embargo, la humanización en la medicina, ha hecho énfasis en el manejo de los cuidados paliativos, apoyando los preceptos éticos de respeto a la vida, beneficencia, no maleficencia y en completo repudio a aquellos que fomentan la eutanasia so pretexto de “compasión” o mal llamada “muerte digna”, cosificando y fomentando el utilitarismo del ser humano en la economía social. Es así que los cuidados paliativos, tendrán como función ayudar a los enfermos con enfermedades terminales, como sucede con el cáncer a aliviar de manera oportuna, noble, sensata y coherente los síntomas indeseables que limitan su accionar diario, mejorado la calidad de vida de los pacientes, apoyando de igual forma a todo el contexto familiar para que el periodo de aceptación de lo inevitable llegue con las menores consecuencias psicológicas y sociales posibles.

Referencias Bibliográficas

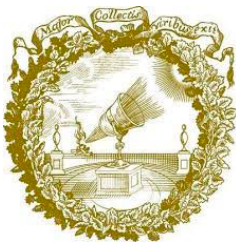
- Capote Negrin, L. (2013). Epidemiología del cáncer de cuello uterino en América Latina. Programa de Oncología Ministerio PP Salud. Recuperado a partir de file:///C:/Users/glady/Downloads/manuscript.pdf
- Davidoff, A. J., Erten, M., Shaffer, T., Shoemaker, J. S., Zuckerman, I. H., Pandya, N., ... Stuart, B. (2013). Out-of-pocket health care expenditure burden for Medicare beneficiaries with cancer. *Cancer*, *119*(6), 1257-1265. <https://doi.org/10.1002/cncr.27848>
- Eid, C. (2017, septiembre 29). Cáncer: un panorama desigual en Latinoamérica. Recuperado 10 de enero de 2018, a partir de <http://www.lostiempos.com/oh/actualidad/20171002/cancer-panorama-desigual-latinoamerica>
- El Deber. (2017). El cáncer mata cada año a 845 mujeres en Bolivia. Recuperado 30 de diciembre de 2017, a partir de <https://www.eldeber.com.bo/bolivia/El-cancer-mata-cada-ano-a-845-mujeres-en-Bolivia-20170416-0045.html>
- Jha, P. (2012). Avoidable deaths from smoking: a global perspective. *Public Health Reviews*, *33*, 569-600.
- Langa, K. M., Fendrick, A. M., Chernew, M. E., Kabeto, M. U., Paisley, K. L., & Hayman, J. A. (2004). Out-of-pocket health-care expenditures among older Americans with cancer. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *7*(2), 186-194. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2004.72334.x>

- Más del 60 por ciento de los casos de cáncer no acaban tratamiento. (s. f.). Recuperado 30 de diciembre de 2017, a partir de <http://www.opinion.com.bo/opinion/salud/2016/0331/suplementos.php?id=8739>
- Meneses, K., Azuero, A., Hassey, L., & McNees, P. (2012). Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors? *Gynecology Oncologic*, 124(3), 437-443.
- Ministerio de Salud. Bolivia. (2013). Perfil del cáncer.
- Ministerio de Salud Bolivia. (2017). En Bolivia el cáncer de mama se lleva la vida de una mujer por día. Recuperado 31 de diciembre de 2017, a partir de <https://www.minsalud.gob.bo/2858-en-bolivia-el-cancer-de-mama-se-lleva-la-vida-de-una-mujer-por-dia>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2018, enero). La situación del cáncer en Bolivia.
- NCI. (2015). Estudio del cáncer y privaciones económicas [cgvBlogPost]. Recuperado 12 de enero de 2018, a partir de <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2016/cancer-privaciones-economicas>
- NIH. (2017). Toxicidad financiera del tratamiento del cáncer [pdqCancerInfo-Summary]. Recuperado 13 de enero de 2018, a partir de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/manejo-del-cancer/costos/toxicidad-financiera-pro-pdq>
- OMS/OPS. (2013). *Cáncer en las Américas: Indicadores básicos*. Washington. Recuperado a partir de <file:///C:/Users/glady/Downloads/Indicadores-basicos-cancer-2013.pdf>
- OMS/OPS. (2014). OMS | Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT. Recuperado a partir de http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/
- OMS/OPS. (2017). Cáncer. Recuperado 27 de diciembre de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Página Siete. (2017). Cuatro a cinco mujeres mueren al día por cáncer de cuello uterino en Bolivia. Página siete. Recuperado a partir de <http://www.paginasiete.bo/sociedad/2017/4/3/cuatro-cinco-mujeres-mueren-cancer-cuello-uterino-bolivia-132981.html>
- Pérez, W. (2017, enero 22). Cáncer: En Bolivia se registra unos 18.600 nuevos al año. *La Razón*. Recuperado a partir de http://www.la-razon.com/sociedad/Cancer-Bolivia-registra-nuevos-ano_0_2642135764.html
- Pichon-Riviere, A., Bardach, A., Augustovski, F., Alcaraz, A., Reynales-

- Shigematsu, L. M., Pinto, M. T., ... Caporale, J. (2016). Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40, 213-221.
- Plamondon, G., Guindon, G.E., & Paraje, G. (2017). Exposición a la publicidad de tabaco y consumo de tabaco en adolescentes en América del Sur. *Salud Pública de México*, 59(1), 80-87.
 - Regenbogen, S. E., Veenstra, C. M., Hawley, S. T., Banerjee, M., Ward, K. C., Kato, I., & Morris, A. M. (2014). The personal financial burden of complications after colorectal cancer surgery. *Cancer*, 120(19), 3074-3081. <https://doi.org/10.1002/cncr.28812>
 - Sánchez-Román, F.R., Carlos-Rivera, F. de J., Guzmán-Caniupan, J.A., Escdero-de los Ríos, P., Juárez-Pérez, C.A., & Aguilar-Madrid, G. (2012). Costos de atención médica por cáncer cérvicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(1), 99-106.
 - Shafey, O., Eriksen, M, Ross, H., & Mackay, J. (2009). The tobacco atlas (Tercera edición). American Cancer Society.
 - Shankaran, V., Jolly, S., Blough, D., & Ramsey, S.D. (2012). Risk factors for financial hardship in patients receiving adjuvant chemotherapy for colon cancer: a population-based exploratory analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 30(14), 1608-1614.
 - UNFPA. (2015). Cáncer de cuello uterino.
 - Veenstra, C.M., Regenbogen, S.E., Hawley, S. T., Griggs, J. J., Banerjee, M., Kato, I., ... Morris, A. M. (2014). A composite measure of personal financial burden among patients with stage III colorectal cancer. *Medical Care*, 52(11), 957-962. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000241>
 - Wan, Y., Gao, X., Mehta, S., Wang, Z., Faria, C., & Schwartzberg, L. (2013). Indirect costs associated with metastatic breast cancer. *Journal of Medical Economics*, 16(10), 1169-1178. <https://doi.org/10.3111/13696998.2013.826228>
 - Zapana, V. (2017). Cada día mueren 14 personas en Bolivia por algún tipo de cáncer - Diario Pagina Siete. Recuperado 30 de diciembre de 2017, a partir de <http://www.paginasiete.bo/sociedad/2017/2/3/cada-mueren-personas-bolivia-algun-tipo-cancer-125992.html>

Consejo Genético en medicina primaria

José Miguel García Sagredo*



Introducción

Hablar de consejo genético en medicina primaria podría parecer que se “empieza la casa por el tejado”, pero lo cierto es que cada vez son más numerosas las consultas de este tipo:

- Mi madre murió de cáncer de mama, ¿tengo mucho riesgo de padecerlo? ¿Qué puedo hacer?
- A mi sobrino le han diagnosticado una enfermedad rara, ¿tengo que hacer algo? ¿Puedo tener hijos sin problemas?
- Me han regalado un estudio genómico por internet y el informe dice que tengo un aumento de riesgo de padecer degeneración de mácula y otras cosas

*Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España.

Genetista clínico, Profesor Honorífico de la Universidad de Alcalá.

más. ¿Cree que es cierto? ¿Me ayuda a entenderlo?

Este tipo de preguntas viene propiciado por varias circunstancias que están ocurriendo en lo que va de siglo: el auge de la medicina basada en pruebas, el advenimiento de la medicina personalizada o de precisión y el cambio en la relación médico-enfermo.

Consejo genético

Según Peter Harper¹, el consejo genético es el proceso por el que los pacientes o los familiares en riesgo de tener una enfermedad que puede ser hereditaria son asesorados sobre las consecuencias de la enfermedad, la probabilidad de desarrollarla o transmitirla y la forma en la que puede ser prevenida, evitada o mejorada.

Según Kelly², el consejo genético es un proceso educacional que trata de ayudar a los pacientes o a los individuos en riesgo a comprender la naturaleza de una enfermedad genética, su transmisión y las opciones que tienen para el manejo de la enfermedad y la planificación familiar.

Ambas definiciones dicen lo mismo desde un punto de vista diferente. La primera enfocando la relación directa médico-paciente, la más cercana a la atención primaria. La segunda pensando más en la educación sanitaria a nivel glo-

bal y preventivo. En lo que ambas coinciden, aunque no esté en el enunciado, es que el consejo genético debe de ser imparcial respetando las opiniones de los pacientes y familiares y confidencial evitando la discriminación de las personas.

Habitualmente el consejo genético está restringido a los departamentos de Genética Médica o Clínica donde los facultativos realizan este proceso a los pacientes que acuden directamente, los menos, o son remitidos a sus consultas por otros especialistas. En la mayoría de los países el consejo genético se realiza por médicos genetistas aunque en algunos países como Estados Unidos o Reino Unido también son ejercidos por consejeros genéticos, personal especialmente formado para esta labor³.

Esta estructura hace que los pacientes o familiares con una enfermedad hereditaria acudan solo una vez a un servicio de genética para ser diagnosticados y aconsejados, lo que hace que ulteriores preguntas por parte de los pacientes, planteamientos nuevos ante las posibilidades preventivas, cambios en la familia o noticias sobre nuevos avances en genética, sean respondidos o al menos abordados en la consulta de medicina de familia. Por lo tanto, la carga de seguimiento, refuerzo, o clarificación de conceptos recae en la atención primaria.

Hasta ahora se podía pensar que el genetista clínico o el consejero genético,

donde los haya, serían los encargados del consejo genético y de la respuesta a cualquier riesgo de una patología que tengan los pacientes y sus familias. Ellos se encargarían de prescribir las pruebas necesarias para determinar el riesgo y el diagnóstico preciso. Pero en el momento actual, las pruebas DTC (*direct to consumer*) han propiciado el salto de la especialidad de genética clínica al nivel del paciente o de la persona que empoderada posee los datos sin mediación del especialista. El escenario nuevo muestra como el usuario empoderado de su genoma aparecerá en la consulta de medicina primaria planteando numerosas cuestiones para las que desgraciadamente no estará preparado el médico.

Consejo genético en medicina primaria

El consejo genético en medicina primaria o de familia no es algo nuevo, se ha considerado desde el siglo pasado, así Rose Weitz en 1979⁴ hace una encuesta entre 445 médicos de familia observando que todos ellos consideran muy útil el consejo genético que además contribuye a que las decisiones del paciente sean más responsables. No obstante, considera que no es una práctica muy frecuente por la falta de entrenamiento en genética de los médicos y la escasez de peticiones por parte de los pacientes en aquel momento.

La medicina de atención primaria tiene un papel esencial como parte del

grupo que provee los servicios genéticos, incluyendo la evaluación sobre riesgos genéticos, el consejo genético propiamente dicho y los cuidados de salud para los pacientes con una susceptibilidad hereditaria a una enfermedad⁵. Desde la perspectiva de los pacientes, el médico de atención primaria es visto como el primer recurso de información genética. Los pacientes quieren que el médico de atención primaria no solo le indique cuando consultar con un servicio de genética sino que también quiere que sea él quien implemente las medidas preventivas de salud de forma individualizada⁶.

Medicina de familia

La medicina de familia como denominación y especialidad médica es relativamente reciente. En España fue creada en 1978 con la intención de mejorar la atención a la salud de los usuarios de la Sanidad Pública del Sistema Nacional de Salud. El preámbulo de la especialidad dice que era necesario entonces un cambio en los profesionales de la Medicina que eran más cercanos a las personas, su familia y su entorno comunitario, con el fin de ejercer una medicina más accesible, más humana, más integral, más eficiente y de mayor nivel científico-técnico. “Los contenidos, organización, estructura y recursos para dicha formación y el desarrollo de esta especialidad han ido variando a lo largo del tiempo, adaptándose a las necesida-

des que demandaba la propia especialidad y, principalmente, basándose en los importantes cambios sociales que ocurrían, a los que es necesario responder de forma permanente”. Actualmente la denominación en España es Medicina Familiar y Comunitaria con un periodo de formación de 4 años.

Desafortunadamente, la formación de médicos de familia no incluye habitualmente la genética tanto en España como en muchos otros países. García-Ribes y col⁷ apuntan a varias razones como la escasa formación en genética clínica durante el pregrado y el escaso desarrollo de competencias mínimas en genética durante la formación de la especialidad. Estos autores añaden que “La atención primaria española está bien estructurada para poder apoyar un servicio de genética clínica ya que, entre otras razones, tanto los médicos de familia como los genetistas clínicos comparten la misma visión del paciente, pues ambos lo consideran como parte de una familia y no como un individuo aislado. Esta aproximación biopsicosocial también puede resultar muy útil para identificar situaciones de alto estrés familiar”.

Curtis describe⁸ muy bien cuál es el drama de los médicos de medicina primaria respecto a la genética. El sentir generalizado es que ellos no ven problemas genéticos en su práctica diaria entre otras cosas porque son infrecuentes, estos estarían relacionados con las enfermedades

raras que se diagnostican por los genetistas y son ellos quienes hacen el consejo genético. Pero los avances en genética han desvelado que enfermedades de comienzo tardío también tienen implicaciones genéticas, tales como cáncer hereditario, obesidad o enfermedades neurológicas degenerativas. Esto hace, como señala Curtis que algunos médicos de primaria se sientan culpables por no ofrecer pruebas genéticas o por no saber interpretarlas.

La interacción paciente-médico ha cambiado. Los médicos pasan gran parte de su tiempo interaccionando con su ordenador y mirando más a la pantalla que al paciente. Está claro que en el momento actual en que la historia clínica, las analíticas y las imágenes radiográficas están digitalizadas, la facilidad y la inmediatez en las decisiones son una gran ayuda para el médico pero los pacientes sienten que éste está más centrado en la computadora que en ellos⁹. En este sentido, Wen y Tucker¹⁰ tras una encuesta en Washington, DC detectan que la gente destacó la importancia de tener un médico que escucha, se preocupa y explica los problemas, valorando que su médico les hace sentir que les conoce como individuos. A pesar de todo, el médico de atención primaria está bien posicionado para participar en el consejo genético ya que siguen longitudinalmente a un paciente y están acostumbrados a tratar con familias y sus circunstancias cambiantes tales como el hecho de casarse, o el planteamiento de tener hijos⁶.

Campos de aplicación del consejo genético en medicina primaria

Considerando la atención primaria de forma global con inclusión de la pediatría, las enfermedades o grupos de enfermedades en las que el consejo genético, bien como primera opción o como refuerzo, son cáncer familiar, enfermedades raras, consultas reproductivas o preconcepcionales y consultas sobre resultados obtenidos a través de las pruebas por internet DTC.

Cáncer familiar

El incremento de la prevalencia de cáncer junto con la percepción de su acumulación en las familias hace que la consulta del médico de atención primaria reciba preguntas sobre riesgos de tener un cáncer. Estas preguntas pueden estar fundamentadas por el miedo del paciente, la cancerofobia, o por la percepción individual de una pretendida carga familiar.

¿Cuál debe de ser la actitud del médico de familia? Son varias las opciones que se ofrecen, responder según sus conocimientos, derivar los casos a la atención especializada, etc. La situación ideal es que el médico de atención primaria tenga un protocolo. Robles y col¹¹ publican el consenso sobre cáncer hereditario realizado entre la Sociedad Española de Oncología Médica y las sociedades de Atención Primaria en

España. En esta publicación indican que el papel del médico de familia en casos de cáncer hereditario es:

- Identificación de las personas que están en riesgo de cáncer en un contexto de agregación familiar o de cáncer hereditario.
- Seguimiento de las personas que tras su valoración se identifiquen como de bajo riesgo y que seguirán las recomendaciones de la población general.
- Información a la población general sobre cuestiones generales sobre el cáncer hereditario.
- Detección de pacientes con riesgo superior al poblacional y su derivación al nivel asistencial correspondiente.
- Participación en la realización de protocolos de actuación para profesionales y de folletos informativos dirigidos a pacientes.

Para ello el médico de familia debe de estar entrenado y familiarizado con los protocolos de inclusión de cáncer familiar por lo que deben de ser enviados a las consultas especializadas, que en el caso del consenso español son

- Edad de aparición más temprana que en la población general
- Alta incidencia de cáncer en la familia
- Presencia del mismo tipo de cáncer en los miembros de una familia
- Bilateralidad del tumor, cuando este se presenta en órganos pares

- Multifocalidad. Varios cánceres primarios en el mismo individuo
- Asociación con defectos del desarrollo: asociación de tumores con sobrecrecimiento corporal generalizado o asimétrico, dismorfias, malformaciones congénitas o retraso mental

Enfermedades raras

Este es un campo de manejo más difícil en asistencia primaria. Las enfermedades raras presentan individualmente una prevalencia muy baja pero la suma de todos los enfermos es considerable por lo que van a estar siempre presentes junto con sus familiares en las consultas de atención primaria.

Los afectados por una enfermedad rara presentan una elevada comorbilidad y numerosas necesidades extra, no bien resueltas por el sistema sanitario ni el sistema social, por lo que suelen ser pacientes muy demandantes e hiperfrecuentadores¹².

Los pacientes o familiares de pacientes con enfermedades raras deben considerarse desde varios aspectos o desde varias etapas de la enfermedad: detección, diagnóstico y seguimiento. Muchas de las enfermedades raras son congénitas por lo que la detección se hará en las maternidades y servicios de neonatología cuando no a través de los programas de cribado neonatal. Las enfermedades de aparición tardía, algunos en la edad adulta, son más difíciles de detectar, pero

teniendo en cuenta que una gran parte de ellas son hereditarias, un buen conocimiento de cómo confeccionar un árbol genealógico es la herramienta ideal para su sospecha. Por lo tanto, es preciso que el médico de atención primaria sea capaz de detectar o, al menos, sospechar estas enfermedades. Avellaneda Fernández y col¹² analizan este aspecto en España realizando 260 encuestas entre profesionales de atención primaria con el siguiente resultado: El grado medio de conocimiento es bajo pero los encuestados consideran que es de gran importancia. El 20,4% han realizado alguna actividad formativa y una gran mayoría percibe la necesidad de cursos de formación continuada específicos. Internet resulta su fuente principal de información (71,2%), pero también a través de una sociedad científica (26,2%), mediante revistas especializadas (26,2%), y de las asociaciones de afectados (20,8%). Por último, los médicos de atención primaria prestan mayor importancia a conceptos como la discapacidad y la morbilidad por encima de otros como la mortalidad o la cronicidad en las enfermedades raras.

Cabe destacar aquí el esfuerzo que ha realizado la Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria a través del grupo de trabajo en genética clínica y enfermedades raras construyendo la herramienta *online* denominada Protocolo DICE-APER (<http://dice-aper.semfycc.es/>) en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III. Este

protocolo DICER-APER es un buscador de enfermedades raras, con resúmenes actualizados de cada una de las patologías. Una herramienta de diagnóstico diferencial mediante la introducción de síntomas y signos del paciente. Un sistema de consulta en línea con los profesionales del IIER (Instituto de Investigación de Enfermedades Raras) para orientar el diagnóstico. Un listado de recursos de utilidad para profesionales y pacientes relacionados con las enfermedades raras, con un listado actualizado de los Centros de Referencia Nacionales a donde derivar. Un acceso directo al Registro Nacional de Pacientes con enfermedades raras junto con un enlace al Biobanco Nacional de Muestras de Pacientes, desde el cual se informa del procedimiento a seguir en caso de que el paciente estuviera interesado en colaborar donando una muestra de sangre.

Cribados neonatales

Los cribados neonatales se realizan de forma sistemática para distintas enfermedades, generalmente autosómico recesivas y cuya detección temprana permite establecer un tratamiento eficaz evitando secuelas importantes. Este tipo de cribados se realiza en las maternidades y los casos detectados suelen ser tratados y aconsejados en las unidades especializadas pertinentes, metabólicas, endocrinológicas, genéticas, etc. Pero finalmente el seguimiento diario de los pacientes se realiza en atención primaria donde habrá que resolver dudas

como qué otros familiares pueden estar en riesgo, etc. El conocimiento de la patología, los aspectos sociosanitarios, las herramientas de ayuda y los recursos citados son las mismas del apartado anterior.

Preconcepción y consanguinidad

A medida que se han abaratado y generalizado las pruebas genómicas mediante métodos de secuenciación masiva (NGS) que permiten analizar un gran número de genes a la vez, se están popularizando cribados de enfermedades recesivas y ligadas al X para ser utilizadas en reproducción asistida pero también en lo que puede ser el consejo genético preconcepcional o en los grupos de población donde la consanguinidad es frecuente. De esta forma en el mercado hay diversos test en los que se pueden detectar mutaciones en unos 400 genes o 300 enfermedades. Estos test deben de ser adecuados o adaptados a cada población dado que las enfermedades hereditarias prevalentes cambian de unos grupos étnicos a otros. Diferentes sociedades científicas como el Colegio Americano de Genética Clínica o el Colegio Americano de Ginecología han sugerido cuales son las enfermedades más prevalentes según la etnia¹³. Bien a petición de las parejas en las consultas de fertilidad, bien a través del DTC, cada vez son más las personas que se realizan estas pruebas por lo que no es descabellado pensar que en atención primaria lleguen los resultados de estos test en los que al menos cada persona será por-

tadora de entre 2 y 5 mutaciones recesivas¹⁴ preguntando sobre la “compatibilidad” con su actual o futura pareja.

DTC

En los últimos años han aparecido un buen número de compañías comerciales que han abierto un mercado de pruebas genéticas y genómicas de todo tipo a las que el consumidor puede acceder directamente sin necesidad de supervisión profesional. Tras el contacto con la compañía a través de internet, las personas reciben un kit para la obtención de una muestra de saliva que tras ser enviada es procesada y el cliente puede recibir el resultado por correo electrónico o mediante el acceso personalizado a una web. Este tipo de oferta de análisis genético directo al consumidor que ofrece numerosas respuestas tales como etnicidad, rasgos genéticos o probabilidades de adquirir una enfermedad en el futuro, junto con peculiaridades personales sobre estilo de vida como alimentación y envejecimiento, ha llegado a ser tan popular que en 2017 ha sido el regalo estrella en USA¹⁵. Pero estas pruebas no se realizan con un consentimiento informado previo y envían o suministran los resultados sin un consejo genético o mediación de un médico. Precisamente la ausencia de consejo genético sin la intermediación física de un médico y la falta de seguridad sobre el almacenamiento de los datos es lo que ha hecho que no sean legales en muchos países como la Unión Europea y los Estados Unidos.

La realidad es que la población está siendo bombardeada en las redes sociales por los anuncios de las pruebas directas al consumidor que prometen proteger la salud, detectar enfermedades futuras e incluso capacitar el control sobre la salud de futuras generaciones a través de decisiones como planificar la familia utilizando pruebas que son capaces de detectar el estado de portador de hasta unas 400 enfermedades. Esto hace que las personas preocupadas cuando no atribuladas por estos resultados acudan al médico de familia que no siempre está preparado para responder adecuadamente⁵ y menos para pedir pruebas genómicas e interpretarlas. En este sentido, Haga y col en 2011 en una encuesta en Estados Unidos¹⁶ reflejan que el 49% de los médicos de atención primaria consideran que su entrenamiento clínico no es adecuado para realizar estos test regularmente. Además no siempre son ciertos los riesgos de salud que determinan estas pruebas, en este sentido Tandy-Connor y col en 2018¹⁷ tras un amplio estudio publican que el 40% de las variantes descubiertas en DTC fueron falsos positivos.

Como comentan Elwyn y col¹⁸ se necesita un debate amplio sobre como los sistemas de atención sanitaria abordan las preocupaciones individuales sobre las pruebas genéticas y el riesgo, especialmente teniendo en cuenta la creciente comercialización comercial de estas pruebas genéticas.

Aspectos particulares a tener en cuenta en el consejo genético en atención primaria

Para Pinsky y col¹⁹ el papel del médico de atención primaria en Genética sería: Considerar el diagnóstico genético dentro del proceso del diagnóstico diferencial, utilizar la historia familiar para tomar las decisiones clínicas, valorar el papel de la información genética en los resultados de salud, considerar las preferencias de los pacientes y proteger a los pacientes de la publicidad mediática.

Rahimzadeh y Bartlett²⁰ ante el uso de los test genéticos mediante NGS consideran importante, además de la carencia de validez y utilidad clínica de muchos de ellos, tener en cuenta el respeto por las personas, resaltar las preocupaciones por el almacenamiento y confidencialidad de los datos y reflexionar sobre los problemas que conllevan los hallazgos incidentales.

Especialmente deben de considerarse las siguientes particularidades:

Aspectos culturales y éticos

El consejo genético no es un proceso frío e imparcial que se realiza siempre de la misma forma. Un aspecto importante a tener en cuenta, como señala Harper¹ son los principios culturales, incluidos los religiosos, de esta forma la prevención mediante técnicas como el diagnóstico prenatal o de preimplantación o la forma

de enfrentarse a la consanguinidad es importante considerarla y es precisamente el médico de familia quien está más cercano a conocer las raíces culturales de sus pacientes y las características de los grupos de población minoritarios. Se deben de considerar los sentimientos de culpa o estigmatización de quien transmite el rasgo, especialmente si son las mujeres. Otro aspecto a valorar es el concepto de familia ya que en algunas culturas es tan amplio que es difícil mantener la privacidad de los análisis y del consejo genético de forma individualizada. Por lo tanto, es importante personalizar el consejo genético manteniendo el respeto por las personas y sus creencias.

Niños

Los niños deben de quedar excluidos de las pruebas genéticas de predicción salvo para aquellas enfermedades que puedan afectarles antes de la edad de consentir, de esta forma se evita el que determinadas pruebas puedan cambiar su actitud vital sin que ellos lo hayan pedido. En este sentido, en España la Ley de Investigación Biomédica (BOE 14/2007) que exige un consentimiento informado previo a cualquier prueba genética, establece claramente esta condición.

Discriminación

Cualquier prueba genética o genómica debe de ser confidencialmente tratada y almacenada de forma que se evite cualquier tipo de discriminación social y/o sanitaria de los individuos en base a

su dotación genética. Es primordial avisar sobre los riesgos que conlleva el ceder a terceras partes los datos genómicos de un individuo, aunque esté sano

Formación del médico de atención primaria

Como se ha citado más arriba, son muchos los médicos de atención primaria que consideran insuficiente, cuando no nula, su formación en genética de forma que les permita reforzar consejos genéticos, responder cuestiones sobre pruebas genéticas, etc. Un ejemplo pormenorizado de las preguntas que puede hacerse un médico de atención primaria cuando aborda problemas genéticos en sus pacientes las publica Facher y Robin²¹.

¿Cuáles pueden ser las habilidades requeridas para una formación adecuada en genética?: Fundamentalmente como construir adecuadamente un árbol genealógico²², cuáles y como utilizar herramientas o protocolos para detectar enfermedades genéticas²³⁻²⁵ y como identificar los centros de diagnóstico y soporte adecuados para responder a todos los requisitos que aparecerán a lo largo del seguimiento de un paciente o una familia con una alteración genética.

El grupo de Genética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (<https://www.semfyec.es/>

la-semfyec/), establece las siguientes habilidades en Genética Clínica²⁶:

1. Saber construir un árbol genealógico detallado de tres generaciones utilizando la nomenclatura estandarizada.
2. Conocer los diversos patrones de herencia: autosómico dominante, autosómico recesivo, ligado al cromosoma X, y mitocondrial y saberlos identificar.
3. Conocer los criterios de derivación para derivar adecuadamente todo tipo de enfermedades genético-hereditarias, incluidas las agregaciones familiares de cáncer.
4. Conocer las enfermedades hereditarias más frecuentes en atención primaria y también las 10-15 enfermedades raras de los pacientes del propio cupo con el uso del Protocolo DICE-APER: (<http://dice-aper.semfyec.es>)
5. Saber comunicar al paciente los posibles problemas genético-hereditarios a los que se enfrenta, con un lenguaje accesible al entendimiento de la población general. Ser empático.
6. Conocer los límites éticos y legales que implica conocer el estado genético de una determinada persona de una familia. Ha de quedar bien claro que el médico de familia no debe ponerse en contacto con los familiares del sujeto afecto.

- El currículo de formación del Royal College of General Practitioners en el Reino Unido ²⁷ en su sumario enumera los siguientes ítems:
- que se ha estimado que al menos un paciente de cada diez en atención primaria tiene una enfermedad con un componente genético.
- Hay tres temas principales de genética en atención primaria: identificar a los pacientes con o en riesgo de una enfermedad genética, manejo clínico de estas enfermedades y comunicación de la información genética.
- Tomando en consideración una historia familiar en genética es una habilidad clave saber identificar familias con una enfermedad mendeliana y agrupaciones de enfermedades comunes como cáncer, diabetes y enfermedad cardiovascular.
- Los médicos de familia tienen un papel clave en la identificación de pacientes y familias que se beneficiarán al ser remitidos a los servicios de genética apropiados.
- El médico de familia juega un papel clave en la discusión de los resultados de los programas de cribado prenatal y de recién nacido en los que se identifican tanto portadores como afectos.
- La información sobre la susceptibilidad genética de enfermedades comunes debe de ofrecer información adicional sobre factores de riesgo que ayuden al manejo de la enfermedad.

- La información genómica se puede utilizar en la estratificación del uso de determinados medicamentos

Finalmente, el entrenamiento en genética debe de ser global como lo demuestran Wilkes y col.²⁸ tras un entrenamiento a un grupo de médicos sobre genética en los Estados Unidos. La conclusión final es que quizás el elemento perdido es que los médicos de atención primaria que están muy ocupados, necesitan un sistema de soporte para participar en discusiones sobre implicaciones éticas, legales y sociales del análisis genético

Conclusión

Los médicos pasan más tiempo mirando la pantalla del ordenador que explorando al paciente. Como dice Ziegelstein²⁹, con la llegada de la medicina de precisión la naturaleza personal de la relación médico-enfermo puede ser aún más tensa. Parecería que los avances hechos posibles por la genómica, la farmacogenómica, la proteómica, la metabolómica, y otras ómicas prometen un mejor conocimiento del paciente como individuo, pero hace falta que se considere a la persona como parte de la medicina de precisión, ya que si la genética considera que cada individuo es único, las circunstancias personales, las relaciones con la familia y los amigos o el contexto psicosocial han quedado fuera de la medicina de precisión³⁰ y esa tarea solo la puede ha-

cer el médico de atención primaria por su visión holística del paciente. Esta es la razón por la que el consejo genético tiene una parte importante en la atención primaria, ya sea dando soporte o contribuyendo al seguimiento y adecuación a las circunstancias vitales cambiantes de los aconsejados.

Referencias

1. Harper PS. Practical Genetics Counselling: CRC Press; 2010.
2. Kelly TE. Clinical genetics and genetic counselling. Chicago: Year Book; 1986.
3. Doyle DL, Awwad RI, Austin JC, et al. 2013 Review and Update of the Genetic Counseling Practice Based Competencies by a Task Force of the Accreditation Council for Genetic Counseling. Journal of genetic counseling 2016;25:868-79.
4. Weitz R. Barriers to acceptance of genetic counseling among primary care physicians. Social biology 1979;26:189-97.
5. Martin JR, Wilikofsky AS. Genetic counseling in primary care: longitudinal, psychosocial issues in genetic diagnosis and counseling. Primary care 2004;31:509-24, viii-ix.
6. Yoon PW, Scheuner MT, Khoury MJ. Research priorities for evaluating family history in the prevention of common chronic diseases. American journal of preventive medicine 2003;24:128-35.
7. Garcia-Ribes M, Ejarque I, Arenas E, Martín V. Nuevos retos: el médico de familia ante las "enfermedades raras". Atención primaria 2006;37:369-70.
8. Curtis MA. Genetics in primary care practice. Postgraduate medicine 2000;107:15-6, 9.
9. Lee WW, Alkureishi MA, Ukabiala O, et al. Patient Perceptions of Electronic Medical Record Use by Faculty and Resident Physicians: A Mixed Methods Study. Journal of general internal medicine 2016;31:1315-22.
10. Wen LS TS. What do people want from their health care? A qualitative study. J Particip Med 2015;7:e10.
11. Robles L, Balmana J, Barrel I, et al. Consenso en cáncer hereditario entre la Sociedad Española de Oncología Médica y las sociedades de atención primaria. Semergen 2013;39:259-66.
12. A. Avellaneda Fernández APM, G. Pombo Allés, E. Gutiérrez Delgado y M. Izquierdo Martínez. Percepción de las enfermedades raras por el médico de atención primaria. Semergen 2012;38:421-31.
13. Lizarin GA, Haque IS, Nazareth S, et al. An empirical estimate of carrier frequencies for 400+ causal Mendelian variants:

- results from an ethnically diverse clinical sample of 23,453 individuals. *Genetics in medicine: official journal of the American College of Medical Genetics* 2013;15:178-86.
14. Martin J, Asan, Yi Y, et al. Comprehensive carrier genetic test using next-generation deoxyribonucleic acid sequencing in infertile couples wishing to conceive through assisted reproductive technology. *Fertility and sterility* 2015;104:1286-93.
 15. Martinez LM. Los tests genéticos triunfan en Amazon como regalo de navidad. *Genética Medica News* 2017;92:12-5.
 16. Haga SB, Carrig MM, O'Daniel JM, et al. Genomic risk profiling: attitudes and use in personal and clinical care of primary care physicians who offer risk profiling. *Journal of general internal medicine* 2011;26:834-40.
 17. Tandy-Connor S, Gultinan J, Krempely K, et al. False-positive results released by direct-to-consumer genetic tests highlight the importance of clinical confirmation testing for appropriate patient care. *Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics* 2018.
 18. Elwyn G, Edwards A, Iredale R, Davies P, Gray J. Identifying future models for delivering genetic services: a nominal group study in primary care. *BMC family practice* 2005;6:14.
 19. Pinsky L, Pagon R, Burke W. Genetics through a primary care lens. *The Western journal of medicine* 2001;175:47-50.
 20. Rahimzadeh V, Bartlett G. Genetics and primary care: where are we headed? *Journal of translational medicine* 2014;12:238.
 21. Facher JJ, Robin NH. Genetic counseling in primary care. What questions are patients likely to ask, and how should they be answered? *Postgraduate medicine* 2000;107:59-60, 3-6.
 22. Rose P, Humm E, Hey K, Jones L, Huson SM. Family history taking and genetic counselling in primary care. *Family practice* 1999;16:78-83.
 23. Emery J. Computer support for genetic advice in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 1999;49:572-5.
 24. Emery J, Walton R, Coulson A, Glasspool D, Ziebland S, Fox J. Computer support for recording and interpreting family histories of breast and ovarian cancer in primary care (RAGs): qualitative evaluation with simulated patients. *Bmj* 1999;319:32-6.
 25. Emery J, Walton R, Murphy M, et al. Computer support for interpreting family histories of breast and ovarian cancer in primary care: compara-

- tive study with simulated cases. *Bmj* 2000;321:28-32.
- 26.** Ejarque Domenech I, Garcia Ribes M, en representacion del Grupo de Trabajo SsGCyER. Habilidades y competencias en genetica clinica para el medico de familia espanol. *Atencion primaria* 2016;48:427-8.
- 27.** The RCGP Curriculum-3-02-Genetics in Primary Care. 2015. at www.rcgp.org.uk/.../RCGP-Curriculum-3-02-Genetics-In-Primary-Care.)
- 28.** Wilkes MS, Day FC, Fancher TL, et al. Increasing confidence and changing behaviors in primary care providers engaged in genetic counselling. *BMC medical education* 2017;17:163.
- 29.** Ziegelstein RC. Perspectives in Primary Care: Knowing the Patient as a Person in the Precision Medicine Era. *Annals of family medicine* 2018;16:4-5.
- 30.** Collins FS, Varmus H. A new initiative on precision medicine. *The New England journal of medicine* 2015;372:793-5.

Cancer:

sus aspectos epidemiológicos y socioeconómicos

Carlos Vallejos*
Indira Tirado-Hurtado**
Joseph Pinto**



Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan conflicto de intereses con esta investigación

Resumen

A pesar de que el cáncer es la segunda causa de muerte, y de la reducción de la mortalidad vista en países desarrollados, en Latinoamérica aún no se logran avances importantes contra esta terrible enfermedad. En la actualidad los programas

*Departamento de Oncología Médica, Oncosalud-AUNA, Av. Guardia Civil 571, San Borja, Lima 41-Peru.

** Unidad de Investigación Básica y Traslacional, Oncosalud-AUNA, Av. Guardia Civil 571, San Borja, Lima 41-Perú.

de tamizaje en la región no han logrado obtener resultados importantes, mientras que la estructura de los sistemas de salud de la región dificulta el acceso a tratamientos oncológicos de calidad. En este artículo de revisión exploramos los factores de riesgo de esta enfermedad y además nos enfocamos en la situación socioeconómica como un factor determinante de los perfiles epidemiológicos del cáncer observados a nivel mundial. Adicionalmente nos enfocamos en los desafíos más importantes para mejorar los planes de control del cáncer.

Palabras Clave: Cancer, Epidemiology, Risk Factors, Incidence, Mortality.

Abstract

Despite the fact that cancer is the second cause of death and the reduction of mortality seen in developed countries, in Latin America there has not yet been significant progress against this terrible disease. At present, the screening programs in the region did not obtain important results, while the structure of the health systems in the region hinders access to quality oncological treatments. In this review article we explore the risk factors of this disease and also focus on the socio-economic situation as a determining factor in the epidemiological profiles of cancer observed worldwide. In addition, we focus on the most important challenges to improve cancer control plans.

Keywords: Cancer, Epidemiology, Risk Factors, Incidence, Mortality.

Introducción

El cáncer es una enfermedad muy antigua y apareció con el inicio de vida multicelular (1). Múltiples registros históricos relatan que el cáncer siempre despertó la curiosidad de los primeros médicos en diferentes culturas. Esta evidencia está registrada en múltiples restos arqueológicos en distintas culturas, incluyendo la egipcia, así como en diversos casos en Latinoamérica (2,3).

La palabra *cáncer* proviene del griego *karkinos* y fue por primera vez utilizada por Hipócrates (460-370 A.C.) para describir el patrón infiltrante de crecimiento de esta patología (4). Aún hoy en día la palabra “cáncer” es relacionado con muerte, sobre todo en la sociedad Latino Americana que ha visto como espectadora, la reducción de la mortalidad por esta enfermedad que ha sido reportada en Estados Unidos y otros países desarrollados (5)

Durante las últimas décadas, y gracias a los avances en tecnología, se ha logrado descifrar los genomas de casi todos los tipos de cáncer y se ha avanzado mucho en el desarrollo de plataformas genómicas que son capaces de predecir la resistencia al tratamiento oncológico y el pronóstico del paciente (6). Así mis-

mo, el tratamiento del cáncer también ha evolucionado hasta tener terapias blanco dirigidas, con menos toxicidades que la quimioterapia convencional, y la inmunoterapia, que ya está logrando curas en pacientes con tumores metastáticos. No obstante, a pesar de estos adelantos científicos, los avances en tecnología para el tamizaje del cáncer de mama no han avanzado sustancialmente.

En este artículo revisaremos la epidemiología del cáncer, sus factores de riesgo, su epidemiología y haremos un hincapié en los factores socioeconómicos como los principales determinantes de la epidemiología de esta enfermedad.

El cáncer y sus factores de riesgo

En general, hay muchos componentes involucrados para que una persona padezca cáncer y otra no. Diversos estudios han indicado que hay ciertos factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer, tales como el tabaco, las infecciones, la dieta, el sobrepeso, la inactividad física, el alcohol, las exposiciones ocupacionales, la contaminación del aire, entre otros (7,8).

Tabaquismo

El consumo del tabaco ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal causa prevenible de muerte de la humanidad.

No solo es la principal causa de cáncer y de muerte por cáncer, sino que también causa diversas enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Todas las formas del tabaco son carcinógenas, y fumar causa más de 16 tipos de cáncer, incluyendo pulmón, hígado, estómago, páncreas, entre otros. Se ha reportado, que las personas que están alrededor del humo del tabaco (fumadores pasivos) tienen incluso un mayor riesgo de desarrollar cáncer. Hay alrededor de 1 billón de fumadores (800 millones hombres y 200 millones mujeres) en todo el mundo, y el 80% de ellos viven en países de bajos y medianos ingresos. A nivel mundial, fumar provoca 6 millones de muertes al año, siendo 600 000 de esas muertes en fumadores pasivos. Actualmente, el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) una de las principales causantes de estas muertes, siendo el 45% atribuidas al consumo de tabaco (9).

Infecciones

Se han reportado que algunas infecciones aumentan el riesgo de desarrollar cáncer, donde los cuatro principales agentes infecciosos el virus de hepatitis B (VHB), virus de hepatitis C (VHC), virus del papiloma humano (VPH) y *Helicobacter pylori*; relacionados con aproximadamente el 10% de todos los cánceres (10), siendo más prevalentes en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados (11).

El VHB y el VHC representan aproximadamente el 32% de todos los casos de cáncer relacionados con infecciones (principalmente el cáncer de hígado) en los países menos desarrollados y el 19% en los países más desarrollados (12). El carcinoma hepatocelular es el tipo más común de cáncer de hígado, donde el 80% de los casos de este tipo de cáncer se asocian con infecciones crónicas por el VHB o el VHC (13). El VPH tiene 13 serotipos que son considerados de alto riesgo oncogénico, ya que pueden provocar cáncer de cuello uterino, uno de los cánceres más comunes que afectan a las mujeres en los países en vías de desarrollo (14,15). Las vacunas contra el VPH dirigida a los tipos 16 y 18, los cuales causan hasta el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino y lesiones precancerosas, son los métodos más efectivos para prevenir el cáncer de cuello uterino (16)

La *Helicobacter pylori* es la primera bacteria vinculada a un cáncer humano, y actualmente se considera el factor de riesgo más importante para el desarrollo de cáncer gástrico (17). Está presente en alrededor del 40% de todos los adultos que viven en países desarrollados, mientras que en los países en vías de desarrollo, la prevalencia se acerca al 80% (18). Varios estudios han demostrado que aproximadamente el 90% del cáncer gástrico se atribuye a esta bacteria; sin embargo, la carcinogénesis gástrica no puede explicarse solo por la infección, ya que solo un pequeño porcentaje de indi-

viduos infectados con esta bacteria desarrollan cáncer gástrico (2-5%) (19).

La dieta, el sobrepeso, la inactividad física

La dieta, el sobrepeso, la inactividad física están interrelacionados y actúan de maneras complejas para promover o reducir moderadamente el riesgo de cáncer. En el 2006, en el *Global Burden of Disease and Risk Factors* se estimó que aproximadamente el 9% de las muertes por cáncer en los países de bajos y medianos ingresos se pueden atribuir a estos tres factores (20). La obesidad, definida como un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², afecta a más de 650 millones de adultos en todo el mundo (aproximadamente el 13% de la población mundial) (21). Es considerado un importante problema de salud, en particular en los países desarrollados como los EE.UU donde la obesidad afecta a más del 36% de los adultos (22), ya que es la causa de diversas enfermedades como diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión y accidente cerebrovascular, artritis, entre otros (20); pero además es considerado un factor de riesgo de desarrollar cáncer (cáncer de esófago, cardias, tiroides, páncreas, colon, recto, endometrio, próstata, vesícula biliar, ovario, mama y mieloma múltiple), así como también a intervenir en la supervivencia y respuesta al cáncer (23,24).

En combinación con la dieta, se vuelven factores determinantes para el

cáncer y otras enfermedades crónicas, a pesar de que las razones específicas de sus asociaciones no son claras. Según el *World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research*, alrededor de un tercio de las neoplasias más comunes podrían evitarse cambiando los hábitos alimenticios y de estilo de vida (25). Por lo tanto, lograr una dieta equilibrada y diversa, además de evitar el consumo de tabaco y reducir el consumo de alcohol, se debe considerar uno de los factores de riesgo modificables más importantes para la prevención primaria del cáncer (26).

Un alto consumo de frutas y vegetales frescos (excluyendo a los tubérculos y legumbres que tienen un alto contenido de carbohidratos) está asociado con tasas relativamente más bajas de cáncer; por ejemplo, disminuye el riesgo del cáncer colorrectal, pulmón, estómago, esófago, boca y faringe (27,28). Se ha estimado que el 6% de las muertes por cáncer son atribuibles a la baja ingesta de frutas y vegetales frescos (20).

Del mismo modo, las dietas con alto contenido de sal han sido asociadas, además de enfermedades cardiovasculares, con cáncer gástrico y otros tipos de cáncer a nivel del sistema digestivo. Se ha reportado una fuerte asociación con cáncer gástrico en presencia de infección por *Helicobacter pylori*. Una alta ingesta en sal daña el revestimiento del estómago, lo que aumenta la probabili-

dad de infección con *H. pylori*, o también puede agravar la infección si es que el individuo ya la tiene (29,30).

Por otro lado, los alimentos ultra-procesados a menudo tienen un mayor contenido de grasas totales, grasas saturadas, azúcar y sal, así como una menor cantidad de fibra y vitaminas (31); asimismo, contienen aditivos alimentarios autorizados pero controvertidos, como el nitrito sódico (presente en la carne procesada) o el dióxido de titanio (cuya carcinogénesis ha sido sugerida en modelos animales o celulares) (32,33). Además de su composición, este tipo de alimentos tratados térmicamente presentan contaminantes neoformados como la acrilamida, benzopireno y aminas aromáticas heterocíclicas, los cuales tienen propiedades cancerígenas (34). Del mismo modo, pueden estar en contacto con materiales que tienen propiedades carcinogénicas y disruptoras endocrinas, como el bisfenol A (35).

Consumo de alcohol

De manera similar a la dieta y la actividad física, el consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades, y entre ellas el cáncer (cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, mama, entre otros) (ref.). El Programa Nacional de Toxicología del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enumera al consumo de bebidas alcohólicas como carcinógeno humano conocido

(ref.). Según los datos de 2009, se estima que el 3,5% (alrededor de 19 500 muertes) de todas las muertes por cáncer en los EE.UU. estuvieron relacionadas con el alcohol (36).

Se ha reportado que el alcohol puede aumentar el riesgo de cáncer a través de la metabolización del etanol en acetaldehído, químico tóxico y un probable carcinógeno humano, y generando especies reactivas de oxígeno (ROS), los cuales pueden causar daño tanto a nivel de ADN, de proteínas y lípidos. Asimismo, el alcohol puede ocasionar deterioro del cuerpo al causar dificultad para disolver y absorber una variedad de nutrientes; así como al aumentar las concentraciones de estrógeno en la sangre, lo cual está relacionado con aumentar el cáncer de mama. Por último, las bebidas alcohólicas también pueden contener una variedad de contaminantes cancerígenos (las nitrosaminas, fibras de asbesto, fenoles e hidrocarburos) que se introducen durante su fermentación y producción (ref.)

Exposiciones ocupacionales

El riesgo de desarrollar cáncer también puede incrementarse y ser atribuido a exposiciones ocupacionales. El *International Labour Organisation* estimó que anualmente se producen a nivel mundial 666 000 muertes causadas por cáncer relacionado al trabajo, el doble que en el caso de accidentes laborales (37). El número de carcinógenos ocupa-

cionales conocidos ha aumentado con el tiempo: En el 2004 se identificaron 28 carcinógenos, mientras que en el 2017 se han reportado 47 (tales como el asbesto, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, los metales pesados, las emisiones de los motores diesel y el sílice); cuyas principales vías de exposición son la vía aérea y la piel. Es por ello que la exposición a estos agentes causa una amplia gama de cánceres, siendo las más frecuentes el cáncer de pulmón (23%), piel (10%), hueso (9%), vejiga (7%), y cánceres de la cavidad nasal y los senos paranasales (6%) (38).

Entre los carcinógenos ocupacionales, el asbesto es uno de los que más puede generar numerosos casos de cáncer. En el 2014, la OMS reportó que aproximadamente 107 000 muertes ocurren cada año por enfermedades relacionadas al asbesto, donde 41 000 de estas muertes fueron consecuencia de cáncer de pulmón. El 90% del asbesto proviene de cuatro países: Rusia, China, Brasil y Kazajistán; y aproximadamente el 50% del total es usado por China y la India, seguido por Brasil, Indonesia y Rusia, principalmente por su bajo precio y su fácil accesibilidad. Grandes cantidades de asbesto han sido y siguen siendo utilizados en las construcciones de miles escuelas, hogares y edificios comerciales; así como en la industria. A medida que los materiales se erosionan, se rompen o se cortan, las fibras de asbesto se liberan en el aire, el suelo o el agua, don-

de se convierten en una fuente de exposición no solo para los trabajadores sino para toda la comunidad (39).

Contaminación del aire, agua y suelo

La contaminación del aire (tanto interior y exterior), agua y suelo aumentan el riesgo de desarrollar cáncer en un pequeño porcentaje, causando 1-4% de todos los cánceres a nivel mundial. Sin embargo; la gran cantidad de personas expuestas, involuntariamente, puede significar un efecto poblacional importante (40). La contaminación del aire en el exterior es causada mayormente por los vapores nocivos emitidos por los vehículos, mientras que otras de sus fuentes son las fábricas y fuentes de energía; y en el interior por la combustión emitida por las cocinas, siendo más nocivos los vapores emitidos por el carbón y biomásas, combustibles usados comúnmente en zona rurales. El aire del ambiente puede contener una variedad de carcinógenos conocidos, tales como hidrocarburos aromáticos policíclicos, 1,3-butadieno, benceno, compuestos inorgánicos como el arsénico y cromo, y radionucleidos. Es por ello que la contaminación del aire está asociada principalmente al cáncer de pulmón, además de otras enfermedades respiratorias y cardiovasculares (40,41).

En los últimos 20 años, en los países de altos ingresos (particularmente en las regiones de Europa, Norte América

y el Pacífico occidental) los niveles de los contaminantes del aire han estado disminuyendo constantemente; en contraste, en los países de medianos y bajos ingresos la contaminación sigue en aumento (42). Los niveles más altos de contaminación ($>110 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de $\text{PM}_{2.5}$) se encuentran en la región del Mediterráneo Oriental y en el sudeste asiático, con niveles medios anuales que a menudo exceden 5 veces los límites de la OMS ($10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de $\text{PM}_{2.5}$), seguidos por ciudades de bajos y medianos ingresos como el África y el Pacífico Occidental (43).

El acceso a agua potable es uno de los requerimientos básicos de la salud humana (44). En el 2015, 71% de la población mundial (5,2 mil millones de personas) usó una administración segura de servicio de agua potable; es decir, libre de contaminación (45). La contaminación del agua generalmente está asociada con enfermedades infecciosas, pero también se pueden encontrar algunos componentes contaminantes que aumenten el riesgo de desarrollar cáncer, tales como los subproductos del cloro y el arsénico (40).

Para eliminar algunos microorganismos dañinos presentes en el agua se utilizan desinfectantes (cloro, ozono, dióxido de cloro o cloraminas); sin embargo, estos compuestos interactúan con otros productos químicos orgánicos (materia orgánica, contaminantes antropogénicos, bromuro y yoduro) ya presentes en

el agua generando unos subproductos que pueden ser cancerígenos (cloroformo, trihalometanos). Algunos estudios han reportado que algunos cánceres, como el de vejiga y el colorrectal, han podido ser resultado del consumo y exposición al agua potable clorada a lo largo de toda la vida. A pesar que es necesario más estudios que demuestren estos resultados, es necesario reducir estos subproductos, sin reducir la efectividad de la desinfección del agua, ya que una gran cantidad de la población podría estar expuesta a este aumento de riesgo de desarrollar cáncer (46–49).

Asimismo, la contaminación de agua potable por arsénico es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que este químico ha sido clasificado como carcinógeno del Grupo 1 (38) *compensation and surveillance of exposed workers, as well as identifying causes of cancer in the general population. This study updates previously published lists of known occupational carcinogens while providing additional information on cancer type, exposure scenarios and routes, and discussing trends in the identification of carcinogens over time. Data were extracted from International Agency for Research on Cancer (IARC y es la causa de diversas enfermedades agudas y crónicas (lesiones cutáneas, enfermedades cardiovasculares, efectos neurológicos, enfermedad pulmonar crónica, etc.), así como de diversos tipos de cáncer (cáncer de piel, pulmón,*

vejiga, riñón, entre otros) (50). Bengala Occidental, Bangladesh y Taiwán son las regiones más afectadas en todo el mundo, con una concentración de arsénico de hasta 4 700 µg/L en el agua potable (muchas veces más que el nivel máximo permitido por la OMS, 10 µg/L). Además, también se han reportado altos niveles de este químico en algunos lugares de América del Norte y del Sur, Europa Central y Oriental y Australia (40,51).

En Latinoamérica, la contaminación del agua por arsénico ha sido reportado en 14 de los 20 países que la conforman (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay). En los Andes, la oxidación de minerales sulfurados es el principal proceso de movilización del arsénico. Los ríos que se originan en las montañas andinas transportan arsénico a las poblaciones que se ubican en las tierras bajas (por ejemplo, el río Rímac en Perú y el río Pilcomayo en Bolivia/Argentina/Paraguay) (52).

Del mismo modo, se han reportado algunos contaminantes del suelo (metales pesados, solventes y contaminantes orgánicos persistentes como las dioxinas), que son el resultado de desechos u otros procesos de minería e industria, que presentan un efecto cancerígeno en las personas como resultado de ser vaporizados y, en consecuencia inhala-

dos, o ser lixiviados del suelo para contaminar los suministros de agua (40).

Los niveles de estos contaminantes, así como de otros, se pueden reducir a través de la regulación de sus fuentes. Los países de altos ingresos son los que actualmente están teniendo más éxito en la reducción de los contaminantes, en cambio en los países con bajos y medianos ingresos aún es difícil observar una mejoría ya que requieren acciones políticas específicas y medios financieros para mejorar sus condiciones de vida (7).

Factores hormonales y reproductivos

Las hormonas esteroides sexuales (andrógenos, estrógenos, progestágenos) tienen un rol importante en el desarrollo de algunos tipos de cánceres en las mujeres; tales como, el cáncer de mama, endometrio y ovario (40). El aumento de riesgo de desarrollar estos tipos de cáncer puede deberse a una exposición prolongada a estrógenos endógenos generados por factores como la menarquía precoz, una menopausia tardía, ser nulípara, o tener una edad madura en el primer parto. Asimismo, los estrógenos exógenos también conllevan a un aumento de riesgo, los cuales pueden adquirirse por anticonceptivos orales o por tratamientos de sustitución hormonal (53). Además, se ha reportado que la obesidad también aumenta el riesgo, particularmente en las mujeres posmenopáusicas debido a sus efectos

tanto en las hormonas endógenas como exógenas (54).

Por el contrario, amamantar es uno de los factores que disminuye el riesgo de cáncer de mama, especialmente si se realiza por un largo período (> 6 meses) (55). La falta o la duración corta de la lactancia materna típica de las mujeres en los países desarrollados contribuyen a la alta incidencia de cáncer de mama en estos países (56). A nivel mundial, la prevalencia de la lactancia materna a los 12 meses es más alta en el África subsahariana, el sur de Asia y partes de América Latina; por el contrario, en la mayoría de los países de altos ingresos, la prevalencia es inferior al 20% (57,58).

Asimismo, el uso de anticonceptivos orales combinados (estrógeno más progestágeno) está asociado con un aumento de riesgo de desarrollar cáncer de mama y de cuello uterino; y por el contrario, está asociado a una disminución del riesgo de cáncer colorrectal, endometrio y ovario. Sin embargo, cabe resaltar que su efecto causal puede verse influenciado por otros factores que también afectan los riesgos de desarrollar cáncer, así como también, por el período de tiempo que se toma los anticonceptivos y el período desde que se dejó de tomarlos (59,60). En 2017 se reportó que la píldora representa al menos el 10% de las prácticas anticonceptivas en más del 70% de los países, siendo uno de los métodos reversibles más usados en África y

Europa (61). Aunque el riesgo de desarrollar cáncer por el uso de este tipo de anticonceptivos es pequeño, podría contribuir en un número sustancial de casos.

En los hombres, las hormonas también juegan un papel importante en la etiología del cáncer. En el cáncer testicular, hay un aumento de su incidencia al comenzar la adolescencia; así como también otros factores de riesgo como la altura, subfertilidad y posiblemente exposición a los disruptores endocrinos. También se consideran otros factores de riesgo a las exposiciones recibidas en el útero, incluyendo criptorquidia, hipospadias, inguinal hernia, bajo peso al nacer, corto edad gestacional, y ser un gemelo, algunos de los cuales pueden reflejar la influencia de las hormonas endógenas (62). Por otro lado, el aumento de riesgo de desarrollar cáncer de próstata está asociado con bajos niveles de testosterona así como también con la obesidad, los cuales sugieren una mayor agresividad así como un mal pronóstico (63,64).

La epidemiología del cáncer

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo en los países de todos los niveles de ingreso. El número de casos y muertes por cáncer incrementa a medida que crecen las poblaciones, aumenta la edad, y que los estilos de vida cambian. Los países de altos ingresos (generalmente en paí-

ses de Norte América, Oceanía y Europa) continúan teniendo incidencias de cáncer más altas, entre ellos el cáncer de mama, próstata, pulmón y colorrectal; sin embargo, su mortalidad debido a estos cánceres se están reduciendo principalmente por la disminución de los factores de riesgo, detección temprana de la enfermedad, y un mejor tratamiento. En contraste, en los países de bajos y medianos ingresos, las incidencias más altas están en el cáncer de mama, pulmón, cuello uterino, próstata, hígado y estómago; y sus tasas de mortalidad se están incrementado principalmente por el acceso limitado a los exámenes de detección temprana y tratamiento, así como también por los factores de riesgo como el aumento de tabaquismo, el exceso de peso corporal, la inactividad física, infecciones, entre otros (65,66).

GLOBOCAN 2012 estimó que se produjeron 14,1 millones de nuevos casos de cáncer y 8,2 millones de muertes por cáncer en todo el mundo. En los hombres, el cáncer de pulmón es el más frecuente a nivel mundial (34,2 por 100 mil habitantes), seguido del cáncer de próstata (30,7 por 100 mil habs.); sin embargo, este último es más común en muchos países pertenecientes a América, Europa y Oceanía (15,65).

El cáncer de pulmón en hombres tienen las incidencias más altas (>41,5 por 100 mil habs.) en Europa Oriental y los EE.UU., mientras que las tasas más

bajas (<4.3 por 100 mil hab.) se reportan en muchas regiones de África, estas diferencias se deben principalmente por los diferentes hábitos de fumar en esas regiones (15,65). Debido a la alta mortalidad de esta enfermedad, sus patrones de mortalidad geográfica son similares a los de incidencia (67).

Las incidencias de cáncer de próstata pueden ser hasta 30 veces más en unas regiones que en otras, mientras que la mortalidad puede ser hasta 18 veces más. Las incidencias más altas (>67,2 por 100 mil hab.) se registran en las poblaciones afroamericanas de EE.UU., seguidos por Francia y Australia. Las mortalidades más altas (>20,2 por 100 mil hab.) se encuentran en Trinidad y Tobago, seguidas por las poblaciones afroamericanas de EE. UU., Cuba y Sudáfrica. Las tasas más bajas de incidencia y mortalidad se encuentran en Asia (15,65).

En las mujeres, el cáncer de mama es el más frecuente a nivel mundial (43,1 por 100 mil hab.), seguido por el cáncer colorrectal (14,3 por 100 mil hab.) y de cuello uterino (14 por 100 mil hab.). Además, en Asia también hay otros cánceres frecuentes en mujeres, tales como el cáncer de pulmón, hígado y tiroides. El cáncer de mama tienen tasas de incidencia que varían hasta más de 10 veces entre regiones, con las tasas más altas (>64,8 por 100 mil hab.) en Europa Occidental y los EE.UU., mientras que las tasas más bajas (<24,1 por 100 mil habitantes) se

reportan en África y Asia, con la excepción de Israel que tiene una de las tasas más altas (80,5 por 100 mil hab.) (15,65).

El cáncer de mama es la principal causa de muerte relacionada con el cáncer en las mujeres de todo el mundo, y sus tasas de mortalidad varían alrededor de 4 veces. En 2012, se produjeron aproximadamente 1,7 millones de casos y 521 900 muertes por esta causa. Las mayores tasas de mortalidad se han presentado EE.UU. (14,9 por 100 mil hab.), especialmente entre las mujeres afroamericanas, mientras que las tasas más bajas se encuentran en Corea del Sur (6,1 por 100 mil hab.) (5,15,65).

El cáncer de cuello uterino es la tercera causa de muerte relacionada con el cáncer en las mujeres de países de bajos y medianos ingresos. Por el contrario, este tipo de cáncer tiene una mortalidad muy baja en países con altos ingresos, debido principalmente a la accesibilidad a exámenes de detección temprana (68). En 2012, se reportó que hubo aproximadamente 528 000 casos y 265 700 muertes por esta causa. Tanto sus tasas de incidencia como de su mortalidad son altas en África subsahariana, sudeste de Asia, América Latina y el Caribe, y Europa Central y Oriental. La tasas de incidencia más altas (más del doble que en otras regiones) se han reportado en Zimbawe, Malawi y Uganda (>54 por 100 mil hab.), mientras que las tasas más bajas están en Asia Oriental (4.4 por 100 mil hab.) (15,65).

Factores socio económicos

El factor socio económico es indudablemente el factor de riesgo más importante para el cáncer, ya que influencia la exposición a los otros factores de riesgo previamente descritos en líneas anteriores, determinando los patrones epidemiológicos para esta enfermedad. Por ejemplo, un nivel socio económico bajo brinda un riesgo incrementado al desarrollo de cánceres asociados a enfermedades infecciosas, tal como el cáncer de cuello uterino (producido por el VPH), el cáncer de estómago (producido por el *Helicobacter pylori*) y el hepatocarcinoma (Virus de la hepatitis B y C). Por otro lado, un nivel socio económico alto incrementa el riesgo a cánceres asociados a estilos de vida, por ejemplo a los cánceres de mama, de próstata y el cáncer de colon.

La incidencia y distribución de todos los tipos de neoplasias son el producto de su índice de desarrollo humano, a mayor índice de desarrollo humano, existe una mayor incidencia. De igual modo, las neoplasias asociadas a los estilos de vida, presentan un incremento en la incidencia que es directamente relacionado a su índice de desarrollo humano (69).

Con relación a la mortalidad por cáncer, se observa en general una disminución de la mortalidad comparando con décadas pasadas; sin embargo, esta disminución es mucho menor, e inclusive no disminuye en muchos países en

vías de desarrollo (66). Esta disminución en la mortalidad es producto principalmente de las mejoras en el tratamiento sistémico de la enfermedad.

De forma interesante, la diferencia entre la epidemiología del cáncer vista entre los diferentes países puede también observarse en las distintas regiones de un mismo país. Un ejemplo de ello, es la incidencia de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino observados en Lima Metropolitana (Lima, Perú) durante los años 2010-2012. El cáncer de mama presenta incidencias altas en distritos cuya población presenta estados socio económicos más altos, observándose además, incidencias más bajas del cáncer de cuello uterino. En contraste, se observa que el cáncer de cuello uterino presenta elevadas incidencias en distritos con población con un estrato socio económico más pobre, mientras que presentan una incidencia más baja de cáncer de mama (70) **(Figura 1)**.

Desafíos de la salud pública para el control del cáncer

El cáncer es un problema de salud pública debido a su alta morbilidad y mortalidad. Por otro lado, los tratamientos oncológicos han evolucionado en complejidad y en precio, hasta el punto que sus costos ahora suponen riesgos para los presupuestos públicos por los que ha surgido una gran necesidad de elaborar estrate-

gias para la selección de pacientes quienes se beneficiarán de dichas drogas.

Se estima que se gastan anualmente 100 billones de dólares en drogas contra el cáncer y que este costo se incrementará a 150 billones de dólares en el año 2020. Este incremento en el costo de los tratamientos oncológicos se inició en el año 1995 con la aparición del imatinib, una droga blanco dirigida contra la leucemia mieloide crónica. Paradójicamente, el costo de una misma droga oncológica puede ser hasta dos veces mayor en países distintos (71). Se ha sugerido que este incremento estable de precios es debido a una ausencia de una presión competitiva (72).

La innovación y los nuevos tratamientos traen consigo más costos a los sistemas de salud, mientras que cada año, se incrementan los presupuestos para tratamiento; sin embargo nuestros sistemas de salud giran alrededor de los tratamientos antes que en la prevención y la detección temprana.

Si bien es cierto que existen algunas neoplasias donde no hay costo efectividad en prevención (73), en muchas neoplasias, la prevención del cáncer es altamente costo efectiva. Por ejemplo, se ha estimado que si se restringe el acceso de los menores de 18 años a las cámaras de bronceado, se prevendrían 61839 casos de melanoma, 6735 muertes por esta enfermedad y se ahorrarían \$342.9

millones en costos de tratamiento (74). Por otro lado, la vacunación masiva para el VPH ha mostrado ser ventajosa. Se ha sugerido que la vacunación en los Estados Unidos a mujeres entre 12 a 26 años de edad con la vacuna nonavalente contra el VPH, produce un beneficio de \$16,600 por año de vida con calidad ganado (QALY) (75).

Por otro lado, el beneficio de los programas de tamizaje para las dos neoplasias más frecuentes, tal como cáncer de próstata o cáncer de mama están en controversia. La evaluación del PSA para la detección precoz del cáncer de mama no es recomendada por algunas guías (76), mientras que se está observando que la mamografía es útil, solo en un grupo de pacientes de alto riesgo, mientras que en otros grupos de bajo riesgo, incrementa el sobre diagnóstico (77). En cuanto al tabaco, los estudios realizados previamente brindan contextos obsoletos y se necesitan urgentemente nuevos análisis de costo efectividad, enfatizando en impacto obtenido con restricciones por políticas públicas (78).

Finalmente, los programas de control de cáncer deben estar orientados a promover la descentralización de la atención oncológica y al manejo eficiente de sus presupuestos, sobre todo en Latino América, donde una característica de esta región, es que los planes de control de cáncer no cuentan con el suficiente financiamiento (79,80).

Conclusiones

Los sistemas de salud son muy susceptibles a los incrementos en el precio de los tratamientos oncológicos. No obstante del vasto conocimiento que tenemos sobre los factores de riesgo, la epidemiología y la biología molecular del cáncer, desafortunadamente, nuestros sistemas de salud giran en torno al tratamiento de pacientes, en vez de estar centrados en la prevención y detección temprana. Queda mucho trabajo por realizar y muchos esfuerzos por hacer para cambiar este modelo, en beneficio de nuestros pacientes.

Referencias

1. Domazet-Lošo T, Klimovich A, Anokhin B, Anton-Erxleben F, Hamm MJ, Lange C, et al. Naturally occurring tumours in the basal metazoan Hydra. *Nat Commun*. 2014 Jun 24;5:4222.
2. Pahl WM. Tumors of bone and soft tissue in ancient Egypt and Nubia: a synopsis of the detected cases. *Int J Anthropol*. 1986 Sep 1;1(3):267–75.
3. Klaus HD. Possible prostate cancer in northern Peru: Differential diagnosis, vascular anatomy, and molecular signaling in the paleopathology of metastatic bone disease. *Int J Paleopathol*. 2018 Jun;21:147–57.
4. Sudhakar A. History of Cancer, Ancient and Modern Treatment Methods. *J Cancer Sci Ther*. 2009 Dec 1;1(2):1–4.
5. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018 Jan;68(1):7–30.
6. Yuan Y, Van Allen EM, Omberg L, Wagle N, Amin-Mansour A, Sokolov A, et al. Assessing the clinical utility of cancer genomic and proteomic data across tumor types. *Nat Biotechnol*. 2014 Jul;32(7):644–52.
7. Countries I of M (US) C on CC in LM-I, Sloan FA, Gelband H. Cancer Causes and Risk Factors and the Elements of Cancer Control [Internet]. National Academies Press (US); 2007. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54025/>
8. Risk Factors [Internet]. National Cancer Institute. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk>
9. Tobacco Atlas [Internet]. Tobacco Atlas. Available from: <https://tobaccoatlas.org/>
10. Masrour-Roudsari J, Ebrahimpour S. Causal role of infectious agents in cancer: An overview. *Casp J Intern Med*. 2017;8(3):153–8.
11. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global can-

- cer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015 Mar;65(2):87–108.
12. de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *Lancet Oncol*. 2012 Jun;13(6):607–15.
 13. El-Serag HB. Epidemiology of Viral Hepatitis and Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterology*. 2012 May;142(6):1264–1273.e1.
 14. Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G, et al. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. *Bull World Health Organ*. 2007 Sep;85(9):719–26.
 15. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase N°11 [Internet]. [cited 2018 Jul 6]. Available from: <http://globocan.iarc.fr>
 16. Poljak M. Prophylactic human papillomavirus vaccination and primary prevention of cervical cancer: issues and challenges. *Clin Microbiol Infect*. 2012 Oct 1;18:64–9.
 17. Pinto-Santini D, Salama NR. The biology of *Helicobacter pylori* infection, a major risk factor for gastric adenocarcinoma. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2005 Aug;14(8):1853–8.
 18. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, Suen MMY, Underwood FE, Tanyingoh D, et al. Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2017 Aug 1;153(2):420–9.
 19. Hsu P-I, Lai K-H, Hsu P-N, Lo G-H, Yu H-C, Chen W-C, et al. *Helicobacter pylori* infection and the risk of gastric malignancy. *Am J Gastroenterol*. 2007 Apr;102(4):725–30.
 20. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet Lond Engl*. 2006 May 27;367(9524):1747–57.
 21. Obesity and overweight [Internet]. World Health Organization, 2018. [cited 2018 Jul 25]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
 22. Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011–2014. *NCHS Data Brief*. 2015 Nov;(219):1–8.
 23. International Agency for Research on Cancer/World Health Organization. Weight Control and Physical Activity - IARC Handbook of Cancer Prevention

- Volume 6 Lyon, France: IARC Publications; 2002. [Internet]. [cited 2018 Jul 25]. Available from: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook6/index.php>
24. Kerr J, Anderson C, Lippman SM. Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer: an update and emerging new evidence. *Lancet Oncol*. 2017 Aug 1;18(8):e457–71.
 25. About the Cancer Prevention Recommendations | World Cancer Research Fund International [Internet]. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/recommendations-about>
 26. Latino-Martel P, Cottet V, Druesne-Pecollo N, Pierre FHF, Touillaud M, Touvier M, et al. Alcoholic beverages, obesity, physical activity and other nutritional factors, and cancer risk: A review of the evidence. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016 Mar;99:308–23.
 27. Key TJ. Fruit and vegetables and cancer risk. *Br J Cancer*. 2011 Jan 4;104(1):6–11.
 28. Glanz K. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 8 – Fruit and Vegetables. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 14(2):201–2.
 29. Wang X-Q, Terry PD, Yan H. Review of salt consumption and stomach cancer risk: Epidemiological and biological evidence. *World J Gastroenterol WJG*. 2009 May 14;15(18):2204–13.
 30. Strnad M. [Salt and cancer]. *Acta Medica Croat Cas Hravatske Akad Med Znan*. 2010 May;64(2):159–61.
 31. Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *The BMJ [Internet]*. 2018 Feb 14 [cited 2018 Jul 17];360. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5811844/>
 32. Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, Grosse Y, Ghissassi FE, Benbrahim-Tallaa L, et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol*. 2015 Dec;16(16):1599–600.
 33. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Carbon black, titanium dioxide, and talc. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 2010;93:1–413.
 34. Zhao M, Wang P, Li D, Shang J, Hu X, Chen F. Protection against neo-formed contaminants (NFCs)-induced toxicity by phytochemicals. *Food Chem Toxicol*. 2017 Oct 1;108:392–406.
 35. Muncke J. Endocrine disrupting chemicals and other substances of concern in food contact materials: an updated review of exposure, effect and risk assessment. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2011 Oct;127(1–2):118–27.

- 36.** Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, Greenfield TK, Rey G, Kerr WC, et al. Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *Am J Public Health*. 2013 Apr;103(4):641–8.
- 37.** TAKALA J. Eliminating occupational cancer. *Ind Health*. 2015 Jul;53(4):307–9.
- 38.** Loomis D, Guha N, Hall AL, Straif K. Identifying occupational carcinogens: an update from the IARC Monographs. *Occup Env Med*. 2018 May 16;oemed-2017-104944.
- 39.** Marsili D, Terracini B, Santana VS, Ramos-Bonilla JP, Pasetto R, Mazzeo A, et al. Prevention of Asbestos-Related Disease in Countries Currently Using Asbestos. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2016 May [cited 2018 Jul 23];13(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4881119/>
- 40.** BW S, CP W. World Cancer Report 2014 [Internet]. Available from: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
- 41.** Jiang X-Q, Mei X-D, Feng D. Air pollution and chronic airway diseases: what should people know and do? *J Thorac Dis*. 2016 Jan;8(1):E31–40.
- 42.** Mannucci PM, Franchini M. Health Effects of Ambient Air Pollution in Developing Countries. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 Sep [cited 2018 Jul 20];14(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615585/>
- 43.** Global ambient air pollution [Internet]. [cited 2018 Jul 20]. Available from: <http://maps.who.int/airpollution/>
- 44.** Hall RP, Van Koppen B, Van Houweling E. The Human Right to Water: The Importance of Domestic and Productive Water Rights. *Sci Eng Ethics*. 2014;20(4):849–68.
- 45.** Progress on Drinking Water, Sanitation and Hygiene: 2017 Update and SDG Baselines [Internet]. UNICEF. [cited 2018 Jul 20]. Available from: https://www.unicef.org/publications/index_96611.html
- 46.** Richardson SD, Plewa MJ, Wagner ED, Schoeny R, DeMarini DM. Occurrence, genotoxicity, and carcinogenicity of regulated and emerging disinfection by-products in drinking water: A review and roadmap for research. *Mutat Res Mutat Res*. 2007 Nov 1;636(1):178–242.
- 47.** Villanueva CM, Cantor KP, Grimalt JO, Malats N, Silverman D, Tardon A, et al. Bladder cancer and exposure to water disinfection by-products through ingestion, bathing, showering, and swimming in pools. *Am J Epidemiol*. 2007 Jan 15;165(2):148–56.

- 48.** Beane Freeman LE, Cantor KP, Baris D, Nuckols JR, Johnson A, Colt JS, et al. Bladder Cancer and Water Disinfection By-product Exposures through Multiple Routes: A Population-Based Case–Control Study (New England, USA). *Environ Health Perspect* [Internet]. 2017 Jun 21 [cited 2018 Jul 23];125(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5743617/>
- 49.** Rahman MB, Cowie C, Driscoll T, Summerhayes RJ, Armstrong BK, Clements MS. Colon and rectal cancer incidence and water trihalomethane concentrations in New South Wales, Australia. *BMC Cancer*. 2014 Jun 17;14:445.
- 50.** Singh N, Kumar D, Sahu AP. Arsenic in the environment: effects on human health and possible prevention. *J Environ Biol*. 2007 Apr;28(2 Suppl):359–65.
- 51.** Saint-Jacques N, Parker L, Brown P, Dummer TJ. Arsenic in drinking water and urinary tract cancers: a systematic review of 30 years of epidemiological evidence. *Environ Health*. 2014 Jun 2;13(1):44.
- 52.** Bundschuh J, Litter MI, Parvez F, Román-Ross G, Nicolli HB, Jean J-S, et al. One century of arsenic exposure in Latin America: a review of history and occurrence from 14 countries. *Sci Total Environ*. 2012 Jul 1;429:2–35.
- 53.** Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. 2012 Nov;13(11):1141–51.
- 54.** Picon-Ruiz M, Morata-Tarifa C, Valle-Goffin JJ, Friedman ER, Slingerland JM. Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: Mechanistic insights and strategies for intervention. *Ca*. 2017;67(5):378–97.
- 55.** Unar-Munguía M, Torres-Mejía G, Colchero MA, González de Cosío T. Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2017 May;33(2):422–34.
- 56.** Shield KD, Dossus L, Fournier A, Marant Micallef C, Rinaldi S, Rogel A, et al. The impact of historical breastfeeding practices on the incidence of cancer in France in 2015. *Cancer Causes Control CCC*. 2018 Mar;29(3):325–32.
- 57.** Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475–90.
- 58.** WHO | Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2017 [Internet]. WHO. [cited 2018 Jul 25]. Available from:

<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-score-card-2017/en/>

- 59.** Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, Havrilesky LJ, Moorman PG, Lowery WJ, et al. Oral Contraceptive Use and Risk of Breast, Cervical, Colorectal, and Endometrial Cancers: A Systematic Review. *Cancer Epidemiol Prev Biomark.* 2013 Nov 1;22(11):1931–43.
- 60.** Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2017 Dec 7;377(23):2228–39.
- 61.** Family Planning - United Nations Population Division | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cited 2018 Jul 26]. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2017.shtml>
- 62.** McGlynn KA, Trabert B. Adolescent and adult risk factors for testicular cancer. *Nat Rev Urol.* 2012 Apr 17;9(6):339–49.
- 63.** Parikesit D, Mochtar CA, Umbas R, Hamid ARAH. The impact of obesity towards prostate diseases. *Prostate Int.* 2016 Mar;4(1):1–6.
- 64.** Claps M, Petrelli F, Caffo O, Amoroso V, Roca E, Mosca A, et al. Testosterone Levels and Prostate Cancer Prognosis: Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Genitourin Cancer.* 2018 Jun 1;16(3):165-175.e2.
- 65.** Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol.* 2016 Jan;25(1):16–27.
- 66.** Chatenoud L, Bertuccio P, Bosetti C, Malvezzi M, Levi F, Negri E, et al. Trends in mortality from major cancers in the Americas: 1980-2010. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2014 Sep;25(9):1843–53.
- 67.** Jemal A, Thun MJ, Ries LAG, Howe HL, Weir HK, Center MM, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst.* 2008 Dec 3;100(23):1672–94.
- 68.** Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer.* 2016 Oct 25;115(9):1140–6.
- 69.** Fidler MM, Bray F, Soerjomataram I. The global cancer burden and human development: A review. *Scand J Public Health.* 2018 Feb;46(1):27–36.

- 70.** Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y mortalidad 2010-2012. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Vol. 5. Lima-Perú; 2016. 186 p.
- 71.** Prasad V, De Jesús K, Mailankody S. The high price of anticancer drugs: origins, implications, barriers, solutions. *Nat Rev Clin Oncol*. 2017 Jun;14(6):381-90.
- 72.** Bennette CS, Richards C, Sullivan SD, Ramsey SD. Steady Increase In Prices For Oral Anticancer Drugs After Market Launch Suggests A Lack Of Competitive Pressure. *Health Aff Proj Hope*. 2016 01;35(5):805-12.
- 73.** Kwon JS. Cost-effectiveness of Ovarian Cancer Prevention Strategies. *Clin Obstet Gynecol*. 2017 Dec;60(4):780-8.
- 74.** Guy GP, Zhang Y, Ekwueme DU, Rim SH, Watson M. The potential impact of reducing indoor tanning on melanoma prevention and treatment costs in the United States: An economic analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Feb;76(2):226-33.
- 75.** Chesson HW, Meites E, Ekwueme DU, Saraiya M, Markowitz LE. Cost-effectiveness of nonavalent HPV vaccination among males aged 22 through 26 years in the United States. *Vaccine*. 2018 05;36(29):4362-8.
- 76.** Eggener SE, Cifu AS, Nabhan C. Prostate Cancer Screening. *JAMA*. 2015 Aug 25;314(8):825-6.
- 77.** Pashayan N, Morris S, Gilbert FJ, Pharoah PDP. Cost-effectiveness and Benefit-to-Harm Ratio of Risk-Stratified Screening for Breast Cancer: A Life-Table Model. *JAMA Oncol* [Internet]. 2018 Jul 5; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2686812>
- 78.** Leão T, Kunst AE, Perelman J. Cost-effectiveness of tobacco control policies and programmes targeting adolescents: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018 Feb 1;28(1):39-43.
- 79.** Vallejos C. National plan for prevention, early detection, and cancer control in Peru. *Am Soc Clin Oncol Educ Book Am Soc Clin Oncol Meet*. 2013;
- 80.** 8Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: Una historia de luces y sombras. The Economist Intelligence Unit Limited 2017 [Internet]. Available from: https://eiuperspectives.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPANISH.pdf

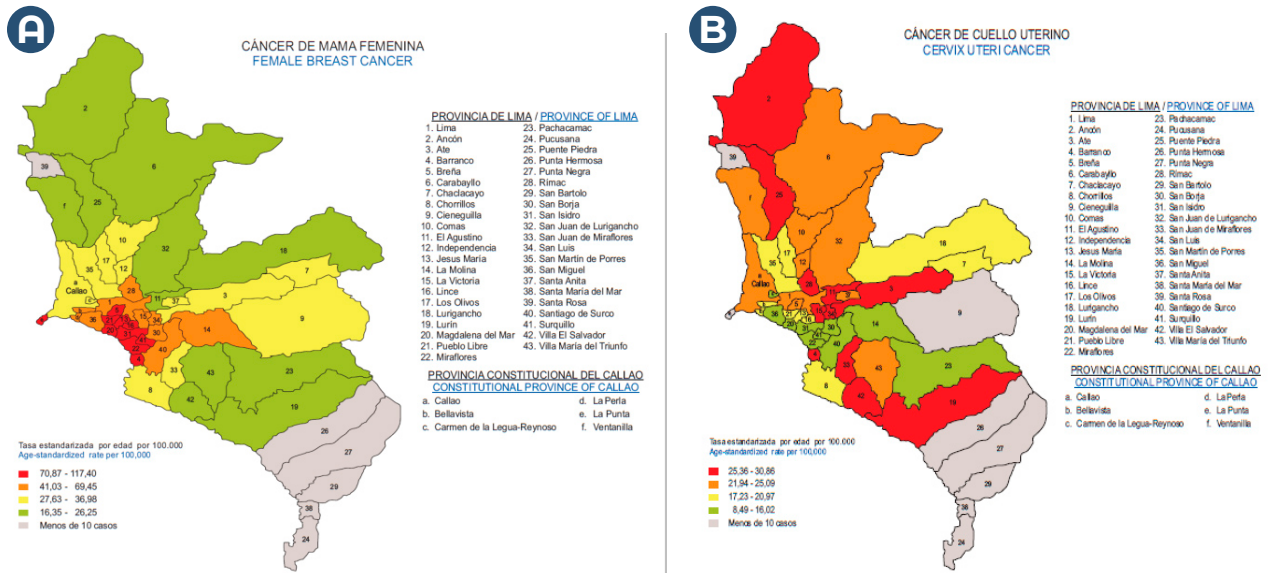


Figura 1.- Diferencias observadas en la incidencia de cáncer de mama (A) y cáncer de cuello del útero (B) en los distintos distritos de Lima Metropolitana. Se observa un patrón contrastante donde existe una mayor incidencia de neoplasias de mama en los distritos con mayor población con un nivel socio económico alto, mientras que la mayor incidencia de cáncer de cuello uterino es registrada en distritos con una mayor proporción de población de estados socio económicos bajo (Reproducido con permiso del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana).

Cáncer: sus aspectos epidemiológicos y socio-económicos

Augusto León, MD, MSCh, FACS^{^*}



1. Introducción

La ONU calculó una población global de 7.000 millones de habitantes en el 2012 y estima que en 2030 aumentará a 8.300 millones. Los efectos de tal crecimiento y del envejecimiento serán mayores en los países de ingresos bajos y medios (PIBM). Estos cambios se traducen en una carga global de 20,3 millones de nuevos casos de cáncer en 2030, comparados con un estimado de 12,7 millones de casos en 2008, y una predicción de 13,2 millones de muertes por cáncer en todo el mundo en 2030, a partir de 7,6 millones en 2008. La transición demográfica asociada al

^{*}Profesor de Cirugía, Jefe del Programa de Cáncer, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
Member of the Breast Disease Site Workgroup, Society of Surgical Oncology
Miembro honorario de la Academia Chilena de Medicina

desarrollo social y económico y la consiguiente transición epidemiológica, han influido sobre las variaciones en las tasas de incidencia y mortalidad de todos los tipos de cáncer combinados en los últimos años. Esa transición ha llevado a un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, con una elevada carga mundial. En 2013, la OMS inició el Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020, con el objeto de reducir a 2025 la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer en un 25%.

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad y cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en PIBM. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes: pulmonar (1,69 millones de defunciones), hepático (788.000 defunciones), colo-rectal (774.000 defunciones), gástrico (754.000 defunciones) y mamario (571.000 defunciones). Por otro lado, el tabaquismo es el principal factor de riesgo y se asocia al 22% de las muertes por cáncer. Otros factores de riesgo son el índice de masa corporal elevado, la ingesta reducida de frutas y verduras, la falta de actividad física y el consumo de alcohol.

Las infecciones oncogénicas, entre ellas las causadas por virus de las hepatitis o por papiloma virus humanos, ocasionan el 25% de los casos de cánceres en los PIBM. Entre los cánceres prevenibles en Latinoamérica y el Caribe, más de 200.000 casos fueron atribuibles a infección y representaron un 17% de todos los cánceres en 2015. Las infecciones más ampliamente reportadas relacionadas al cáncer son debidas al virus papiloma humano (VPH), lo que resulta en altas tasas de cáncer cervical; los virus de la hepatitis B o C, que contribuyen al cáncer de hígado; y el *Helicobacter pylori* no tratado, causante de cáncer gástrico. El VPH se asocia casi al 100% de todos los cánceres cervicales y de acuerdo a GLOBOCAN, en 2015 unas 74.488 mujeres en Latinoamérica fueron diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino, de las cuales morirán 31.303.

La detección de cáncer en una fase avanzada, la falta de diagnóstico precoz y un tratamiento inoportuno son problemas prevalentes, principalmente en PIBM. En 2015, solo el 35% de los PIBM informaron que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los PIBM este valor es inferior al 30%. Por otro lado, solo uno de cada cinco PIBM dispone de los datos epidemiológicos necesarios para

impulsar políticas sanitarias de lucha contra la enfermedad, por ausencia o deficiencia de sistemas de registros.

2. Magnitud del cáncer a nivel global y ciclo de abordaje de la enfermedad

El estudio CONCORD-3 analizó las fichas individuales en 322 registros poblacionales de 37,5 millones de pacientes con uno de 18 tipos de cáncer, en 71 países, en un periodo de 15 años de 2000 a 2014. Estos 18 tipos de cáncer, representan el 75% de todos los cánceres diagnosticados en el mundo y la sobrevida a 5 años para la mayor parte de ellos es más alta en EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia. Las tendencias en general van en aumento en cuanto a sobrevida, aun para cánceres muy letales que han mejorado hasta un 5%, pero existen grandes asimetrías en la sobrevida de muchos tumores en partes del mundo.

Uno de los factores que más influye en la probabilidad de curar el cáncer es el nivel de desarrollo del país. Por ejemplo, el 90 % de las mujeres tratadas por cáncer de mama en EEUU sobrevive 5 años, en tanto en la India esta cifra es solo el 66%. Por lo demás, el impacto económico, varía según los países, pero sin dudas a nivel global es sustancial y va en aumento. Por ejemplo, según las estimaciones, el

costo total atribuible a la enfermedad en 2010 ascendió a US \$1,16 mil millones.

Las causas del cáncer

El cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales en un proceso en varias etapas, que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua potable), y carcinógenos biológicos, como algunos virus, bacterias y parásitos. En relación a este último factor, cerca del 15% de los casos diagnosticados en 2012 eran atribuibles a infecciones (*Helicobacter pylori*, papilomavirus, hepatitis B, hepatitis C y el virus de Epstein-Barr) en PIBM. Asimismo, la infección por VIH aumenta considerablemente el riesgo de contraer algunos cánceres, como el cérvico-uterino y sarcoma de Kaposi.

Una tercera causa del cáncer corresponde a las mutaciones al azar. Estas corresponden hasta los 2/3 de los factores cancerígenos, dividiéndose el otro tercio en partes iguales, entre los factores ambientales y los hereditarios.

El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia del cáncer aumenta mucho con la edad, muy probablemente por acumulación progresiva de factores de riesgo. Esta se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular, que suele ocurrir con la edad.

La prevención del cáncer

La prevención primaria es la mejor forma de reducir las muertes por cáncer, lo que no pierde importancia por el hecho que el azar sea el mayor factor determinante. El rol de los factores ambientales en la etiología del cáncer fundamenta la prevención primaria. Como no todos los cánceres pueden prevenirse controlando la exposición a los factores ambientales, la prevención secundaria, i.e., la detección y la intervención temprana, también puede ser eficaz. Entre el 30 y el 50% de los cánceres se puede evitar reduciendo los factores de riesgo y aplicando estrategias preventivas, tanto a nivel individual como poblacional. Para prevenir el cáncer se debe evitar en lo posible los factores de riesgo mencionados; vacunarse contra los papiloma virus humanos y contra el virus de la hepatitis B; controlar los riesgos asociados a la exposición laboral, a la radiación ultravioleta; a la radiación ionizante y a la contaminación del aire de las ciudades y de los hogares.

El diagnóstico temprano

Si el cáncer se diagnostica tempranamente, es más probable que el trata-

miento sea eficaz, con mayor probabilidad de supervivencia, menor morbilidad y menor costo. El diagnóstico temprano abarca tres pasos sucesivos, que se deben integrar y llevar a cabo oportunamente:

1. conciencia del posible problema de salud y acceso a la atención médica;
2. evaluación clínica, diagnóstico y estadificación y
3. acceso al tratamiento.

El tamizaje

El objetivo del tamizaje es encontrar anomalías indicativas de un cáncer o de una lesión precancerosa cuando no ha producido síntomas, con el fin de diagnosticar y tratar prontamente la enfermedad. Los programas de tamizaje pueden ser muy eficaces si seleccionan y usan las pruebas apropiadas, se aplican paralelamente otras medidas y se garantiza la calidad de las intervenciones. Algunos ejemplos de métodos de tamizaje del cáncer cérvico-uterino son la inspección visual con ácido acético; las pruebas de detección de papilomavirus humanos y la citología vaginal (Papanicolau), en cáncer de mama, la mamografía y en cáncer de próstata, prueba de antígeno prostático específico.

El Tratamiento

El tratamiento puede abarcar una o más modalidades, tales como la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, los cuidados paliativos y los cuidados de los

sobrevivientes. Un objetivo indispensable en la curación del cáncer es el control locoregional, es decir lograr la erradicación definitiva del cáncer en el órgano en que este se originó. Para lograr este control locoregional es crucial la cirugía, pero también contribuyen a él la radioterapia y la terapia sistémica, que reducen sustancialmente la falla locoregional.

Los servicios médicos ofrecidos deben ser integrados y centrados en las personas y su objetivo principal es curar el cáncer o prolongar la vida del paciente con la mejor calidad de vida posible. Algunos cánceres como el de tiroides, mama, melanoma, cervico-uterino, oral y color-rectal tienen alta curabilidad y en ellos el rol de la cirugía es fundamental. Las posibilidades de curación en otras neoplasias como las leucemias, linfomas infantiles o cánceres testiculares, también son elevadas si se tratan adecuadamente, aunque las células cancerosas se hayan diseminado. El pilar de la curabilidad en estos casos es la terapia sistémica, incluyendo quimioterapia e inmunoterapia.

La cirugía y la anestesia seguras son esenciales para el tratamiento del cáncer en cualquier escenario de recursos. La cirugía es la modalidad más efectiva para curar los tumores sólidos. De los 15,2 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo en 2015, más del 80% necesitó cirugía. Para 2030, se calcula que se necesitarán anualmente 45 millones

de operaciones en el mundo. Pero menos del 25% de los pacientes con cáncer realmente obtienen cirugía segura, asequible, y oportuna.

Hay grandes brechas en equidad y economía en la cirugía global del cáncer. Muchos pacientes no tienen acceso a la cirugía del cáncer, se entrenan pocos cirujanos oncólogos y anestesiólogos, y no se fortalecen suficientemente los sistemas, lo que podría resultar hasta en US\$6,2 billones en pérdidas acumuladas del PIB mundial en 2030. Las soluciones posibles incluyen sistemas públicos mejor regulados, colaboraciones internacionales, super-centralización de los servicios quirúrgicos, ensayos clínicos novedosos, y nuevos enfoques para mejorar la calidad y ampliar los sistemas quirúrgicos para el cáncer a través de educación y entrenamiento. En efecto, la cirugía debe estar en el corazón de la planificación nacional y global del control del cáncer.

La radioterapia, ya sea utilizada como tratamiento primario o coadyuvante de la cirugía, tiene un rol muy importante en la reducción en un 50 a 60% de la falla locoregional en los tumores sólidos. La terapia sistémica, que incluye la quimioterapia, las drogas antitumorales y la inmunoterapia, tienen un rol cada vez mayor en el tratamiento multidisciplinario del cáncer. El mayor efecto de la quimioterapia al erradicar la enfermedad subclínica está en aumen-

tar el control locoregional, efecto que es mayor que la reducción de las metástasis a distancia.

Los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos buscan aliviar los síntomas del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Son una necesidad humanitaria urgente en todo el mundo, no solo para el cáncer, sino para otras enfermedades crónicas. El dolor por cáncer aqueja a más del 80% de los pacientes terminales y en general, particularmente en PIBM, su manejo es deficiente.

El impacto socioeconómico del cáncer

Los efectos microeconómicos

El efecto negativo del cáncer en el ingreso personal y familiar es muy importante. En los PIBM hay mayor riesgo financiero por el alto gasto de bolsillo de los tratamientos. Los pacientes con cáncer enfrentan dos tipos principales de costos: (1) costos directos asociados con el acceso al tratamiento, incluyendo los costos de la cirugía, imágenes, patología, exámenes de sangre y los costos no médicos como transporte y costos de alimentación; y (2) costos indirectos por la pérdida de productividad secundaria a la enfermedad y al tiempo y pérdidas laborales asociadas al tratamiento.

El estudio ACTION sobre los efectos microeconómicos del tratamiento

del cáncer en PIBM, evaluó prospectivamente los costos del pago directo del paciente, el gasto catastrófico, y la discontinuación del tratamiento en 4585 pacientes con cánceres operables. El 31% de estos pacientes tuvo una catástrofe financiera en los primeros tres meses del diagnóstico y el 23% discontinuó el tratamiento. El riesgo fue mayor en mujeres y pacientes de nivel socioeconómico bajo. En los países con cobertura universal de salud la frecuencia de catástrofe financiera fue menor.

Los efectos macroeconómicos

El cáncer ejerce también efectos económicos substanciales a nivel nacional, regional, y global, afectando la productividad y el crecimiento en países, independiente del nivel de desarrollo. En la Unión Europea en 2009 se estimó que los costos combinados directos por el cuidado de la salud, los costos informales, y las pérdidas económicas del cáncer sumaban alrededor de €126 mil millones anuales, de los que casi €43 mil millones fueron productividad perdida por muerte prematura. Los cánceres quirúrgicos causan 2,7 millones de años de vida perdidos en el mundo, lo cual se acompaña de grandes efectos económicos. Un estudio calculó que entre 2015 y 2030, los cánceres quirúrgicos producirán pérdidas acumulativas del PIB de US \$12 billones globalmente. En otros términos, los países del mundo perderán 1,0–1,5% del PIB anualmente al año 2030 debido a cánceres quirúrgicos.

3. El Cáncer en Latinoamérica

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en América Latina. En los 12 países del estudio de “The Economist Intelligence Unit” publicado en 2017, el cáncer causa el 19 % de las muertes. Por ejemplo, en Uruguay y Chile es el responsable de un cuarto o más de la mortalidad. Debido al envejecimiento y al crecimiento de la población, la incidencia de cáncer y la mortalidad en América Central y América del Sur, seguirán aumentando prácticamente al doble al menos hasta el año 2035.

La magnitud del problema en la región latinoamericana ha sido abordada en profundidad por “The Lancet Oncology Commision” y por “The Economist Intelligence Unit”. En 2013, “The Lancet Oncology Commission” mostró varias discrepancias entre la realidad del cáncer en Latinoamérica y países más desarrollados. Señaló que el financiamiento para salud era una proporción pequeña del PIB y que el porcentaje de los fondos de salud destinados al cuidado del cáncer era aún más bajo en la región. Además, los recursos humanos, insumos médicos y equipamientos también estaban distribuidos muy desigualmente entre y dentro de los países. Este grupo, en 2015, reporta algunos progresos, tales como reformas estructurales en los sistemas de salud, nuevos programas para poblaciones po-

bres, expansión de los registros, nuevos planes y políticas para mejorar la prevención primaria del cáncer. En el nuevo informe se presentan ejemplos específicos en Latinoamérica destinados a mejorar el nivel educacional en salud y conciencia pública, disponibilidad, y calidad del cuidado en cáncer, y a reducir disparidades culturales, geográficas, y socioeconómicas, identificando además áreas con poco o nulo cambio.

La Comisión previa de 2013 sobre el cuidado de cáncer en Latinoamérica mostró el aumento en la prevalencia de cáncer en la región e identificó varios obstáculos para proveer servicios óptimos para abordarlo. La mortalidad global por cáncer en los países latinoamericanos es casi el doble que la de países más desarrollados. El envejecimiento de la población, que incluirá más de 100 millones de personas en 2020, continuará elevando la incidencia de cáncer. Casi la mitad de todos los cánceres en Latinoamérica son causados por el humo y la infección, por lo cual se deben disminuir estas exposiciones. La Comisión también enfatizó otros problemas: infraestructuras de salud fragmentadas; cobertura de salud restringida; insuficiente financiamiento y heterogeneidad en la distribución de los recursos; e insuficiente implementación de registros de cáncer y de planes nacionales de cáncer.

Una iniciativa hacia el acceso universal de salud debiera ser una prioridad

para cualquier sistema de salud, especialmente en los países latinoamericanos. Para la comisión persisten muchas preguntas con respecto a cómo lograr este acceso global. Han ocurrido avances en algunos países de la región en cuanto a la promoción de la protección financiera de la salud y la extensión de la cobertura de los pacientes. Aunque un aumento en el número de pacientes con cobertura parecería la métrica apropiada del cambio, esta medición no necesariamente incluye paquetes integrales de cuidado de la salud diseñados para enfermedades complejas como el cáncer.

El control del cáncer necesita no solo la integración de la prevención, tamizaje válido, diagnóstico de alta calidad y tratamiento efectivo, sino también la disponibilidad de otros servicios, incluyendo rehabilitación, cuidado de los sobrevivientes, y cuidados paliativos. Ha habido progreso en servicios regionales de cuidado paliativo, lo que se ve en un aumento del número de países con programas de cuidados paliativos, la incorporación de cursos educacionales, y de especialización en cuidado paliativo, un aumento en el uso de opioides para el control del dolor, y un aumento en el nivel de conciencia de la importancia del cuidado paliativo. Sin embargo, persisten restricciones en el acceso a medicación para el dolor y se recomienda fortalecer el entrenamiento de los proveedores de la salud, la promoción de investigación en paliación, y el estableci-

miento de una capacidad para hacer lobby a los administradores de salud para asegurar una amplia distribución de analgésicos opioides. La publicación del “Atlas of Palliative Care in Latin America” ha sido un gran avance en cuidado paliativo y ahora se ve un aumento en el número de servicios de cuidados paliativos, de médicos paliativistas por habitante, de programas de educación y entrenamiento en cuidados paliativos, y la disponibilidad de analgésicos potentes.

En 2013, también se reportó que la mayoría de los países de Latinoamérica no tenía registros de cáncer adecuados y, por lo tanto, han sido incapaces de desarrollar planes de control de cáncer con mirada de futuro y coherentes (NCCPs). De acuerdo a la OMS, un NCCP se define como “un programa de salud pública diseñado para reducir la incidencia y mortalidad de cáncer y para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, a través de la implementación sistemática y equitativa de estrategias basadas en la evidencia para prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y paliación, haciendo el mejor uso de los recursos disponibles”. La Comisión, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS y otras entidades, han recomendado el establecimiento urgente de NCCPs en Latinoamérica, tras evaluar cambios en el número de países con NCCPs, políticas de salud en cáncer, y la proporción efectiva de países en la región con un registro de cáncer.

El financiamiento del control del cáncer por los gobiernos es crucial, pero las economías y circunstancias, particularmente en Latinoamérica, varían ampliamente. Desde el primer reporte de la comisión, ha surgido más evidencia correlacionando el mayor gasto en salud con mejor supervivencia de los pacientes con cáncer por la implementación de tamizaje efectivo de cáncer primario y secundario. Entre 2000 y 2009, la expectativa de vida en los países desarrollados aumentó en 1,7 años y el uso de nuevas drogas se piensa que es el responsable del 73% de este aumento, resaltando la importancia de dar fácil acceso a nuevas drogas. En 2013, el crecimiento en los mercados farmacéuticos en Latinoamérica sugirió un cuadro promisorio en que la brecha en el tamaño del mercado entre los países desarrollados y los PIBM se reduciría. Sin embargo, las cifras muestran que pese al rápido crecimiento en el gasto en drogas para el cáncer en los así llamados “*pharmerging countries*” como los de Latinoamérica, estos países seguirán sustancialmente detrás de los gastos de los países desarrollados. Previamente se mostró que no solo el sub financiamiento global afecta negativamente la supervivencia global en Latinoamérica, sino también que la desigualdad en el financiamiento dentro de los países, porque generalmente, la mayor parte del gasto va al sector privado de salud. Adicionalmente, los sistemas de salud fragmentados causan demoras en el proceso diagnóstico dando por resultado tumores avanzados

que frecuentemente necesitan procedimientos diagnósticos y tratamientos muy caros. Por otro lado, pese al progreso substancial en el acceso a drogas de alto costo para pacientes con cáncer, muchos todavía no tienen acceso a tratamientos efectivos, como el trastuzumab adyuvante para el cáncer de mama HER2 positivo en Latinoamérica.

Previamente se mencionó la necesidad de números adecuados y de entrenamiento de personal de salud para el tratamiento oportuno y satisfactorio del cáncer y se hizo notar que los países latinoamericanos tienen pocos oncólogos, anesthesiólogos, hematólogos, radioterapeutas, cirujanos oncólogos, y paliativistas en relación al número de pacientes con cáncer.

Seha sugerido que las grandes desigualdades en salud llevan a peores resultados para los grupos más pobres y las minorías dentro de los países latinoamericanos. Pese a nuevas iniciativas destinadas a lograr una distribución más equitativa de los recursos, en la puesta al día de la comisión en 2015, se ve que las disparidades persisten. Por ejemplo, en Chile se estimó que la mortalidad ajustada por edad para determinados tipos de cánceres (por ej. cáncer gástrico) puede ser hasta 63 veces mayor en pacientes de bajo nivel educacional respecto a sus coetarios de mayor nivel educacional y que, sin embargo, en la década 2000-2010 esta brecha de desigualdad se re-

dujo entre los grupos de alto y bajo nivel educacional, lo que demuestra que es posible abordar con enfoque de equidad el control del cáncer.

En Latinoamérica, hay altas tasas de fumadores e inefectivas políticas de control del tabaco. En 2015, se reportan nuevas medidas nacionales para el control del tabaco y también la cooperación entre países para regular la propaganda de tabaco a través de la frontera y el comercio ilícito del tabaco entre los estados. La polución en espacios cerrados, una amenaza ambiental importante para la salud en Latinoamérica, está también contribuyendo a la carga de cáncer. Algunos estudios han asociado el cáncer de pulmón EGFR-mutado a la polución en espacios cerrados, a menudo por exposición a humo de madera, por lo que es necesaria más investigación sobre este tema y la promoción de iniciativas que puedan apoyar fuentes de combustibles que no contaminen el aire.

La mencionada comisión en 2013 hace una serie de recomendaciones finales que deben ser guías para la implementación de nuevas políticas sanitarias en cáncer en Latinoamérica. Sin duda, es crucial aumentar los recursos financieros para el control de la enfermedad, considerando que el porcentaje del PIB gastado en cuidado de salud ha aumentado en varios países de la región, pero todavía es mucho menor que en los países desarrollados. Sin bien, el acceso

a drogas y procedimientos de alto costo ha aumentado, el financiamiento de drogas caras para el cáncer en los sistemas públicos de salud es todavía escaso, lo que ha resultado en aumento de la judicialización de la medicina. Solo Brasil, Cuba y Costa Rica, tienen verdadero acceso universal al cuidado de salud, mientras la mayoría de los países todavía tiene sistemas altamente fragmentados o con financiamientos mixtos, generando una persistente segregación en la región. En México y Uruguay, se han implementado acciones para proteger a los pacientes no asegurados ante gastos catastróficos de salud. Finalmente, la proporción de personas cubiertas por seguro de salud básico en Latinoamérica aumentó de 46 % a 60 % entre 2008 y 2013, pero se requiere reestructurar los sistemas para lograr mayor protección individual en cáncer.

Debe optimizarse la fuerza de trabajo en oncología para satisfacer las necesidades regionales, ya que, si bien el número de oncólogos ha crecido, especialmente en Brasil y Argentina, persiste la escasez de especialistas en cáncer. El número de casos de cáncer por oncólogo es todavía mucho más alto que en los países desarrollados y el número de servicios de cuidado paliativo y de médicos es todavía muy bajo. Pese a iniciativas para redistribuir el personal de salud a áreas pobres, la mayor parte de los especialistas en cáncer en Latinoamérica todavía practica la medicina en centros

terciarios. Estrategias innovadoras, incluyendo el uso de telemedicina, reentrenamiento de especialistas, y sistemas de incentivos, todavía tienen que ser implementadas. Además, los sistemas deben considerar una formación teniendo en cuenta las barreras culturales y logísticas en los pacientes con cáncer en comunidades indígenas y rurales, por ejemplo, a través de programas novedosos que usen navegadores de pacientes. Se han implementado redes de telemedicina en Perú, Ecuador, y Colombia, pero su efecto todavía es desconocido.

En cuanto a recursos y servicios técnicos para la prevención y tratamiento del cáncer la comisión identificó deficiencias, como la disponibilidad de PET-CT en la región, que ha mejorado un poco. La insuficiente calidad de los exámenes histopatológicos es todavía una preocupación, como se ejemplifica por la baja calidad del Papanicolaou, evidenciada en estudios de tamizaje de cáncer cérvico-uterino. A esto se suman los largos tiempos de espera, situación que dificulta la efectividad de iniciativas promisorias de tamizaje, prevención, y detección precoz.

Se han dado pasos para mejorar los datos de registros, resultando en un aumento en los registros de cáncer de un 40 % en la región entre 2011 y 2014, sin embargo, la cobertura de la población en ellos es baja todavía. Además de los registros, muchas políticas y planes

ambiciosos se han traducido en políticas de salud, pero todavía esperan implementación completa y seguimiento. Tal como lo señala CONCORD-3, los gobiernos deben reconocer la importancia de los registros poblacionales en cáncer como una herramienta clave para evaluar tanto el impacto de las estrategias de prevención del cáncer como la efectividad de los sistemas de salud, hecho reconocido por la OCDE.

La investigación basada en la evidencia, y con la participación de la comunidad sobre el cáncer es una nueva área de investigación en Latinoamérica, que estudia barreras específicas e intervenciones para vencerlas. La investigación preclínica y clínica en oncología originada en Latinoamérica no ha aumentado substancialmente, lo cual se asocia a falta de financiamiento. Muchas iniciativas nuevas educacionales y de entrenamiento de postgraduados están disponibles, principalmente programas nacionales de becas y programas de intercambio internacional, pero aún son insuficientes.

El grupo de expertos de “The Economist Intelligence Unit Limited 2017” muestra que la transición epidemiológica que enfrenta la región, implica un aumento en el riesgo de algunos tipos de cáncer, como el de mama y el de próstata, y una disminución en otros, entre ellos el de hígado y estómago. Estos cambios están ocurriendo en América Latina, pero no en forma uniforme en toda la

región. El perfil de cáncer de Uruguay es similar al de los países desarrollados; en tanto que el de Bolivia coincide mucho más con el de los países en vías de desarrollo. Asimismo, dentro del territorio de cada país, este cambio en los tipos de cáncer con frecuencia se encuentra mucho más avanzado en las áreas urbanas de mayor poder adquisitivo que en las áreas de menores recursos económicos: en Colombia, por ejemplo, el aumento en la incidencia de cáncer de mama suele ser un problema de mucha mayor relevancia en las ciudades que en el campo.

Los países latinoamericanos tienden a encuadrarse entre los países desarrollados y el resto de los países en vías de desarrollo en cuanto al control del cáncer. Esto se ve reflejado en el índice de mortalidad por incidencia (el índice M:I), una medida en bruto, pero generalizada, de la efectividad con que los sistemas de salud detectan y tratan la enfermedad. En promedio, los índices de M:I de América del Sur (0,53) y América Central (0,55) se sitúan aproximadamente a medio camino entre los de la Unión Europea (0,40) y el Sudeste asiático (0,67). No obstante, los índices de los países cubren un amplio espectro, por ejemplo, el índice de Costa Rica (0,47) se acerca al de la Unión Europea y el de Bolivia (0,67) coincide con el del Sudeste asiático.

“The Economist Intelligence Unit” ha creado la tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América

Latina (LACCS). Se trata de una tabla que abarca las políticas y programas diseñados para reducir la desigualdad en el acceso a la atención del cáncer. LACCS contiene seis campos, en los cuales se evalúa la existencia de: planes estratégicos en cáncer que aborden el acceso desigual; supervisión del desempeño a través de registros de alta calidad, que den datos esenciales para diseñar una política eficaz; disponibilidad de medicamentos claves contra el cáncer; disponibilidad de radioterapia en general y en el sistema de salud pública; prevención y detección temprana; y apoyo financiero e inversión para la atención del cáncer. Las calificaciones obtenidas por cada país comprenden un amplio abanico. Uruguay y Costa Rica, por ejemplo, ocupan el primer y el segundo lugar con 23 y 22 puntos, respectivamente, de 30 puntos posibles; mientras que Bolivia y Paraguay se sitúan en el puesto siete y nueve respectivamente. Incluso los países que gozan de una buena posición tienen posibilidades de mejorar. Por ejemplo, la prevención y el diagnóstico temprano son inesperadamente deficientes en Costa Rica, que ocupa el segundo lugar; mientras que Chile, en el tercer puesto, tiene problemas en cuanto a la calidad de los datos. Si bien existe un correlato entre las calificaciones y el PIB, el panorama completo es mucho más complejo. Perú y Colombia, en particular, tienen un desempeño mucho mejor que el esperado dado el tamaño de sus economías; lo que se debe, en

gran parte, a que cuentan con planes de control del cáncer.

Pese a la variación en los esfuerzos por controlar el cáncer, muchos países en la franja intermedia presentan un desempeño general de similares características. Existen pocos puntos de diferencia entre el grupo de países en la franja intermedia de la LACCS: ocho países se encuentran separados por solo cinco puntos. Esto sugiere que, salvo por la escasa cantidad de líderes y rezagados, la mayor parte de la región se ubica aproximadamente en el mismo puesto cuanto se trata del control del cáncer. Sin embargo, las calificaciones por el desempeño en general enmascaran grandes diferencias entre países si se analizan los resultados individuales en los seis campos comprendidos en la LACCS: plan estratégico, supervisión del desempeño, disponibilidad de medicamentos, disponibilidad de radioterapia, prevención y detección temprana, y finanzas.

“The Economist Intelligence Unit” identificó cinco áreas prioritarias para la región:

1. Tener NCCPs. Algunos de los 12 países del estudio han puesto en práctica sus NCCPs o los han reforzado y cuatro países tienen programas actualizados. Varios países intentan tener NCCPs, como es el caso de Perú, con el Plan Esperanza, demuestra el potencial de un NCCP para concentrar recursos;
2. Mejorar los registros poblacionales de cáncer, ya que aportan información esencial para diseñar un control efectivo del cáncer y evaluar el impacto de las iniciativas en materia de políticas. De los 12 países del estudio, solo México genera datos de alta calidad sobre mortalidad; en tanto que, en 5 países, esta información es de baja calidad o inexistente;
3. potenciar la prevención y detección temprana, ya que todavía se diagnostican cánceres en etapas avanzadas de la enfermedad. Las leyes anti-tabaco, las campañas de vacunación contra el VPH han sido efectivas estrategias de prevención. Los principales objetivos de los programas de tamizaje han sido el cáncer de cuello uterino y el de mama, agregándose últimamente el cáncer colorrectal;
4. Aumentar los presupuestos y dotación de recursos gubernamentales destinados a la salud en América Latina, de modo de poder implementar los NCCPs, potenciar la dotación de personal oncológico, de equipos de radioterapia y de acceso a las drogas anticáncer y
5. Disminuir la ineficacia y desigualdad en el control del cáncer ya que en Latinoamérica existen una serie

de sistemas de salud paralelos, lo cual genera esa desigualdad en la calidad de la atención, con malos resultados, especialmente para los más pobres. Para lograr esto también se requiere mejorar la distribución de los recursos humanos y equipamientos que se concentran en las áreas urbanas, en desmedro de las zonas rurales.

El peligro principal de este tipo de lista de tareas pendientes es que los diferentes actores puedan no verla como una prioridad esencial. Existe una necesidad de ir más allá de programas acotados, que muchos países latinoamericanos han podido implementar, hacia una estrategia integral. Lograr esto con los sistemas de salud fragmentados de la región requiere de un cambio en la gobernanza. Esto empieza con la centralización de las políticas como una forma de asegurarse de que alguien se está concentrando en el problema.

Es deseable tener una institución que controle toda la política con respecto al cáncer en el país, como es el caso del INCA de Brasil o el INC de Argentina que han dado un sentido de cohesión a la política del país sobre el cáncer, lanzando varias iniciativas de vacunación, tamizajes y cuidados paliativos a nivel nacional. Esta misma idea se intenta aplicar en México, en que el INCan se puso a cargo del nuevo programa nacional de control del cáncer. En Chile se ha

propuesto la creación de un organismo centralizado para diseñar y elaborar, de manera participativa, una política sobre el cáncer. El Instituto Nacional del Cáncer de Paraguay intenta convertirse en el cuerpo que rija las políticas sobre cáncer en el país. Junto con este movimiento para centralizar la supervisión de las políticas hay, un impulso por descentralizar la prestación de servicios. Un elemento clave de la propuesta chilena es delegar el tipo de intervenciones adecuadas a los niveles correspondientes, ya sea atención primaria, secundaria o terciaria, o incluso a otros agentes públicos como las escuelas.

Otros países parecen estar preparados para tomar medidas en ese rumbo. Un programa piloto que es parte del cambio del INC de Paraguay ayudará a las unidades de salud familiar locales a llevar a cabo un tamizaje del cáncer colorrectal. La versión preliminar del plan nacional de control del cáncer de México sería implementada por una variedad de actores primarios y secundarios. Este tipo de descentralización ha estado teniendo lugar en Perú, que además del INEN, está construyendo ahora su cuarto instituto regional. En esta materia, lo más importante de brindar una atención más distribuida ha sido la utilización de la red ya existente de trabajadores de la salud en la comunidad para proporcionar vacunas, promoción de la salud, diagnósticos básicos y derivaciones.

Colocar a una sola organización con la capacidad de coordinar acciones entre los servicios de salud y otros servicios gubernamentales a cargo del diseño y la supervisión de las políticas sobre el cáncer podría ser la forma de reordenar los complejos sistemas de salud de América Latina y hacer el uso más eficiente del limitado presupuesto y otros recursos disponibles en cáncer.

4. Cirugía del cáncer

“TheLancet Oncology Commission on Global Cancer Surgery” entregó cinco mensajes claves sobre el cancer en el mundo, con importantes repercusiones para Latinoamérica:

1. Más del 80 % de los 15,2 millones de personas diagnosticadas con cáncer en el mundo en 2015 necesitarán un procedimiento quirúrgico en algún punto de su tratamiento;
2. Los PIBM se proyecta que perderán 0,5 a 1,5 % PIB anualmente entre ahora y 2030 si los sistemas quirúrgicos para el cáncer no son fortalecidos;
3. Los planes nacionales de control del cáncer deben incluir el fortalecimiento de los sistemas quirúrgicos a través de la inversión en infraestructura, educación y entrenamiento en el sector público;
4. Menos del 5 % de la investigación global en cáncer está dedicada a la cirugía pese a su enorme efecto sobre la mejoría de los pacientes y su importancia en la medicina personalizada del cáncer y
5. La cirugía global del cáncer debe ser una prioridad política en los países, los que financian la investigación, las organizaciones internacionales, y las alianzas globales.

Marcos de inversión para la cirugía global del cáncer

La carga atribuible de cáncer está creciendo muy rápidamente en los PIBM, donde están ocurriendo transiciones epidemiológicas tardías y sin embargo las políticas de prevención del cáncer, las inversiones para control de la enfermedad y la infraestructura global del sistema de salud, incluyendo el tratamiento quirúrgico, tienden a ser insuficientes. Esta combinación de factores está destinada a alterar substancialmente la trayectoria económica de los países y las regiones. El crecimiento económico actual, el bienestar, y el desarrollo en los PIBM dependerán en parte de la fuerza y velocidad con que sean capaces de abordar la creciente carga de cáncer, incluyendo los cánceres quirúrgicos.

La provisión de cuidado del cáncer asequible e integral, incluyendo la cirugía, en los PIBM se logrará más efectivamente por un esfuerzo coordinado para

escalar inversiones específicas y estratégicas, el así llamado enfoque del marco de inversiones que se diferencia del enfoque tradicional de petición en salud, en el cual diferentes grupos compiten por los escasos fondos gubernamentales a través del financiamiento de muchas intervenciones pequeñas, que tienden a no facilitar las sinergias en el sistema de salud y dan por resultado una entrega fragmentada de la atención. El término inversión se refiere al gasto de dinero hoy, con la esperanza de lograr beneficios substancialmente mayores en el futuro, dentro de un tiempo definido. Un enfoque de sistemas de salud integrados, enfocado en maximizar los resultados en salud logrará con mayor probabilidad la implementación tanto de los tratamientos específicos como del cuidado integral en salud, especialmente en los PIBM. Hasta ahora, la disponibilidad de tratamiento quirúrgico del cáncer en estos países ha estado limitada por muchos factores, incluyendo la percepción del alto costo de dar estos servicios. Un marco de inversión para la cirugía de cáncer podría ayudar a guiar a los gobiernos y a los que toman las decisiones en el proceso de implementación de políticas públicas en salud.

El enfoque de marco de inversión fue popularizado en la "Political Declaration on AIDS" de 2011, que ayudó a reconceptualizar los costos de la atención de salud como inversiones en atención de salud. Esta aproximación ha sido adoptada desde entonces por el

movimiento materno-infantil de salud, por Global Health 2035, y, más recientemente, por los proponentes de acceso más universal a la radioterapia para el tratamiento del cáncer.

La creación de un marco de inversión para la cirugía del cáncer es un proceso multi-etapas y requiere la identificación de un conjunto de intervenciones claves, basadas en la evidencia y una comprensión más amplia de los factores ambientales que permitan su exitosa ejecución, particularmente en los PIBM.

Los esfuerzos programáticos, osinergias de desarrollo, son factores claves en otros sectores de salud y desarrollo relacionados a la cirugía del cáncer, y pueden incluir la reducción del estigma, el gasto total en salud, y la seguridad de los alimentos. Los determinantes sociales de la salud, tales como educación e infraestructura vial o transporte, son ejemplos de un tema transversal que puede ser aplicado a muchos tipos diferentes de reforma del sistema de salud y que requieren un análisis en el cáncer.

La integración de diferentes disciplinas como la cirugía, oncología, economía y salud global, tanto dentro como fuera de las instituciones internacionales como la OMS, es uno de los factores que se ha demostrado exitoso en promover la innovación en otras áreas como el HIV y que podría ser replicado en el abordaje del cáncer a nivel mundial.

Financiamiento de la cirugía del cáncer

Costos, costo-efectividad, y valorde la cirugía del cáncer

El cáncer es uno de los desafíos más caros por enfermedad que los sistemas de salud en el mundo enfrentarán en el siglo 21. El gasto global en drogas para el cáncer solamente, fue de más de US \$100 mil millones en 2014. La tecnología quirúrgica para la atención del cáncer es también una causa importante, pero menos estudiada, del aumento del costo. Aunque la grave falta de inversión en prevención y tratamiento del cáncer ha conducido a malos resultados en los PIBM, en los países de altos ingresos, los altos niveles de gasto no necesariamente equivalen a mejores resultados en cáncer, y en algunos casos hay una relación inversa.

El gasto global en cáncer está muy cargado hacia los países de altos ingresos. Solo alrededor del 5% del gasto global para cáncer ocurre en PIBM, pese a que estas regiones tienen la más alta carga total de mortalidad atribuible al cáncer. La inversión en servicios quirúrgicos generalmente está también cargada hacia los países de ingresos altos. La falta de inversión en los servicios quirúrgicos en los PIBM significa que unos 5 mil millones de personas aún no tienen acceso a ninguna forma de atención quirúrgica, incluyendo cirugía oncológica. La capacidad de los PIBM de mejorar

rápidamente la atención quirúrgica del cáncer está limitada porque mucha de la infraestructura básica de los sistemas de salud, recursos humanos, y procesos que forman unidades básicas de los servicios de cirugía oncológica son débiles o inexistentes.

Dado el problema económico asociado al cáncer en PIBM, el costo y la costo-efectividad de las intervenciones asociadas a la enfermedad se han convertido en objeto de investigación desde la pasada década. Aunque la cirugía, la radioterapia, y la quimioterapia son los pilares del tratamiento del cáncer, la mayoría de las evaluaciones económicas se han enfocado en la quimioterapia. Los estudios sobre costo-efectividad de las intervenciones quirúrgicas se han enfocado típicamente en el análisis económico de nuevas tecnologías, como la cirugía laparoscópica o robótica. Por otro lado, la mayoría de los estudios no desglosa los costos según el tipo de tratamiento, pero, los que lo hacen generalmente reportan los costos de la quimioterapia como mayores que los costos de la cirugía o la radioterapia, incluso cuando la cirugía es el método de tratamiento primario.

En los 28 países de la UE, se investigaron los costos directos de la atención quirúrgica para los cuatro cánceres más comunes (pulmón, próstata, colorrectal, y mama). Los costos directos de la atención quirúrgica incluyeron no solo-

los costos del procedimiento quirúrgico, sino también el estudio de imágenes y patología, la atención preoperatoria y postoperatoria, incluyendo rehospitalizaciones por complicaciones postoperatorias. Cuando los costos se estimaron tomando en cuenta todo el episodio de tratamiento quirúrgico del cáncer, en vez de la operación sola, la proporción de costos atribuible a la atención quirúrgica llegó a más de la mitad de los costos totales directos del tratamiento del cáncer en el caso del cáncer colo-rectal y más del 40% para cáncer de mama. Los costos proporcionales del tratamiento quirúrgico fueron menores para cáncer de pulmón y próstata, por la menor proporción de pacientes con estos cánceres que son tratables con cirugía.

Una revisión sistemática de 2014 de la evidencia de costo-efectividad concluyó que las decisiones de política y financiamiento para la mayoría de las operaciones quirúrgicas no parece estar respaldada por evidencia económica firme. Por otro lado, hay pocos estudios que investiguen la relación costo-beneficio y el retorno en la inversión del gasto en cáncer, incluyendo el gasto en el tratamiento quirúrgico.

En los PIBM, los datos sobre los costos de la atención en cáncer tanto de la perspectiva del pagador como de la sociedad están casi ausentes. En 2015, el Cancer Technical Group de la OMS

comenzó a investigar los costos y costo-efectividad de paquetes básicos de tratamiento quirúrgico, incluyendo esos países. Sin embargo, el amplio rango de costos entre dentro de los países para los pabellones quirúrgicos en diseño, equipamiento y suministros, y tecnología de apoyo como imágenes han hecho esta una tarea desafiante y poco generalizable. Tanto el gasto internacional como nacional en atención de cáncer en las economías emergentes y en los PIBM parece estar aumentando. La evidencia del valor del dinero para los prestadores, los pacientes, y las sociedades, es fundamental para tomar decisiones informadas para la colocación de los escasos recursos en salud en estos escenarios. La evaluación económica de los diferentes tratamientos en escenarios de escasos recursos se necesita urgentemente y no puede ser fácilmente extrapolada de experiencias en países de altos ingresos.

Mecanismos de financiamiento y pago

Hay tres fuentes principales para el financiamiento de la atención de cáncer en un país: el sector público (ie, ingresos generales o contribuciones de seguro social), el sector privado (ie, pagos del bolsillo y seguro privado), y fuentes externas (eg, grants de agencias internacionales o préstamos de bancos de desarrollo). En la mayoría de los PIBM, si bien existe una mezcla de financiamiento directo e indirecto, el financiamiento

de bolsillo, sigue siendo el principal mecanismo, tanto para la atención como para la cirugía de cáncer.

El pago del bolsillo del cáncer tratable con cirugía actúa como una barrera para la captación del servicio y es una causa mayor de gasto catastrófico y empobrecimiento. A medida que los países se desarrollan, migran hacia mecanismos indirectos de financiamiento que reparten los riesgos, protegiendo de esta manera contra gastos mayores inesperados.

A menos que los mecanismos financieros en los PIBM explícitamente aborden la equidad o adopten una postura en favor de los pobres, los más ricos tendrán más acceso a cobertura, mientras los económicamente y socialmente desaventajados tendrán un riesgo mayor de estar no asegurados o sub-asegurados. Los pacientes con mayores ingresos pueden acceder a los seguros privados o pagar de su bolsillo, y están mejor informados en su elección del prestador. Por ejemplo, en India, el sub-financiamiento crónico y la percepción de una mala atención de la salud pública, han llevado a la aparición de un sistema privado de salud, caro y no regulado, incluyendo procedimientos quirúrgicos. La regulación limitada significa que la atención quirúrgica en el sector privado es de calidad muy variable, y a un costo mucho mayor que en el sector público. Esto es muy pre-

ocupante, porque la adecuada resección quirúrgica es fundamental para obtener el control local y regional del cáncer y de la supervivencia. El tratamiento quirúrgico del cáncer de baja calidad reduce la eficiencia: en un centro de cáncer público terciario, por ejemplo, hasta el 45% de las pacientes que habían sido operadas por cáncer de mama en un hospital externo de la India requirieron de re-resección por una resección inicial incompleta.

Cobertura universal de salud y atención quirúrgica del cáncer

La cobertura universal de salud es una meta prioritaria, particularmente en los PIBM. Las políticas iniciales de cobertura universal de salud se enfocaron en la prevención y la atención primaria, típicamente en la salud materno-infantil y reproductiva, o en las enfermedades infecciosas. Sin embargo, el diagnóstico del cáncer y la necesidad de tratamiento, incluyendo procedimientos quirúrgicos, se asocian con una de las tasas más altas de gastos del bolsillo del paciente, catástrofe financiera y empobrecimiento, por lo cual requiere priorización. Las políticas de cobertura universal de salud deben incluir tratamientos para el cáncer, de alto impacto y costo-efectivos. “Global Health 2035” recomendó un paquete esencial de intervenciones clínicas en cáncer, que todos los países debieran cubrir a través de la universalidad de sus sistemas de salud. De manera similar, “Disease Control Priorities Group” ha

sugerido que todos los países debieran proveer un conjunto de intervenciones clínicas de alto impacto y costo-efectivas para los cánceres prioritarios, incluyendo el tratamiento quirúrgico de los cánceres de cuello uterino, mama, oral, y colo-rectal.

La compra de tratamiento quirúrgico del cáncer

El modo cómo se compran los servicios de cirugía del cáncer puede tener efectos substanciales en la calidad y eficiencia para los países en todas las etapas de desarrollo. En muchos países, existe la compra pasiva de servicios de salud, en la cual el gobierno directamente financia recursos humanos, equipamiento, suministros, entre otros gastos, de instituciones propias o administradas, dedicadas a la cirugía del cáncer. Este método no vincula el reembolso a la calidad o eficiencia del servicio y da poca motivación a los proveedores para mejorar la atención o responder a la demanda del paciente. En contraste, la compra estratégica incluye decisiones proactivas acerca de las cuales los servicios de salud o paquetes son comprados, cómo, y a quién, sobre la base de resultados predefinidos. Asocia el pago de servicios a resultados predefinidos, y está diseñada para seleccionar el proveedor más calificado y eficiente para optimizar la colocación de recursos. A menudo usa incentivos financieros (eg, pago según performance o financiamiento ba-

sado en resultados) para lograr mejoras en la calidad de la atención.

La “Society of Surgical Oncology” (SSO) llama a estar al tanto de la magnitud del problema del cáncer tratable con cirugía, que ha sido subestimado. Hay poca conciencia de la inminente avalancha de nuevos casos de cáncer que requieren de procedimientos quirúrgicos y que no vamos a poder tratar oportunamente, a menos que se refuercen los sistemas de atención. Es aún más infortunado que los PIBM, deberán soportar el mayor peso de la avalancha de casos nuevos de cáncer, países en los cuales hay menos recursos para tratamiento, investigación, educación, etc.

La SSO también aborda algunas ideas sobre el rol de la educación en el desafío del manejo del cáncer. La capacidad de enfrentar la carga global de cáncer depende de la presencia de una fuerza de trabajo capacitada en oncología quirúrgica, para lo cual es esencial contar con vías educacionales, fuertes y actualizadas, para entrenar y certificar cirujanos oncólogos de una manera sustentable. Hay diferencias significativas en las vías de entrenamiento a través del mundo, con áreas que deben ser mejoradas. Estas áreas de deficiencias educacionales deben ser atacadas si queremos tener una fuerza de trabajo que esté adecuadamente entrenada para hacer cirugía del cáncer. La mayor

parte de la cirugía oncológica es efectuada por cirujanos generales, por lo que sería útil agregar un currículum básico en oncología dentro del marco del entrenamiento de cirugía general. Esto aumentaría la cantidad de cirujanos con las competencias básicas en oncología necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos para los pacientes con cáncer. El mejor entrenamiento en oncología quirúrgica compleja permitirá efectuar los procedimientos avanzados y conducir a la certificación nacional en cirugía oncológica básica y compleja en sus respectivos países. Todas las organizaciones oncológicas del mundo, pero principalmente aquellas que representan a los cirujanos oncólogos, radio-oncólogos y oncólogos médicos debieran servir como plataformas para diseminar este mensaje a sus miembros. Organizaciones como la SSO, ASTRO, ASCO y otras ya han tomado un liderazgo expandiendo sus esfuerzos globales y haciendo esto una parte de su misión.

5. Conclusiones

La epidemia de cáncer es un gran problema para los pacientes y sus familias, para la salud pública, la economía, la política, la sociedad, la medicina en general, la oncología, la cirugía, etc. Sobre todo, es un enorme problema humano para los más pobres, los que lo han pasado peor en esta vida. Es un problema

de inequidad, que debiera avergonzarnos a todos.

La evidencia hace ver la importancia de contar con datos confiables, planes estratégicos, financiamiento con acceso universal de salud, investigación propia, entrenamiento de un equipo de especialistas en diferentes áreas de la oncología y otros requerimientos para abordar la epidemia.

La cirugía es el arma más eficaz contra el cáncer, lo que ha sido poco apreciado por la comunidad médica y por el público. Es lamentable que solo el 5% del presupuesto global para investigación en cáncer sea destinado a cirugía. La mayor parte de éste va a radioterapia y más aun a quimioterapia, que se prestan para ensayos aleatorizados, financiados en gran parte por la industria farmacéutica, pese a su mucho menor eficacia para curar el cáncer. La cirugía está en el cimiento de la cura del cáncer y tiene un rol preventivo, diagnóstico, curativo, de apoyo, paliativo y reconstructivo. El enfoque de esta epidemia de cáncer, basado solo en la prevención y las drogas anti-cáncer debe cambiar. O le ponemos el hombro entre todos, o la situación nos va a superar.

Finalmente, son urgentes nuevas políticas públicas de priorización para enfrentar la epidemia de cáncer, particularmente en los PIBM. Teniendo en

cuenta el escenario actual de transición demográfica y epidemiológica a nivel global y en particular en Latinoamérica, un nuevo enfoque sanitario es un desafío primordial.

Agradecimientos a:

- Cristián Herrera Riquelme, MD, MPH.
- Jorge Jiménez De la Jara, MD, MPH.
- Duniel Ortuño Borroto, DDS, MPH.
- Eugenio Vinés Vásquez, MD, Radio-oncólogo.

Sin su enorme ayuda, este trabajo no habría sido posible.

Referencias

- Achieving better cancer intelligence for global cancer control. Sullivan R. The Lancet 2018, published online Jan 30, 2018.
- Atlas of palliative care in Latin America. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, et al. 2012. Houston, TX: IAHPC Press.
- Cancer Burden in Latin America and the Caribbean. Curado MP, Bezerra de Souza DL. Ann Global Health 2014; 80:370-377.
- Cancer etiology. Stem cells divisions, somatic mutations, cancer etiology and cancer prevention. Tomasetti C, Li L, Vogestein B. Science, 2017; 355: 1330-1334.
- Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods, and major patterns in GLOBOCAN 2012. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R et al. Int. J. Cancer, 2015; 136: 359-386.
- Cancer Surgery: a vital specialty to prevent premature death. Brierley R, Collingridge D. Lancet Oncol 2015, 16:1187.
- Establishing translational and clinical cancer research collaborations between high and low – income countries. Kingham TP, Alatisse OI. Ann Surg Oncol, 2015; 22: 741-746.
- Expanding global access to radiotherapy. Atun R, Jaffray DA, Barton MB Lancet Oncol 2015, 16 (10): 1153-1186.
- Financial catastrophe, treatment discontinuation and death associated with surgically operable cancer in South-East Asia: Results from the ACTION study
- Kimman JS, Jan S, Peters SAE et al. Surgery 2015, 157: 971-982.
- Global cancer incidence and mortality rates and trends -an update. Torre LA, Siegel RL, Ward EM et al. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2016; 25: 16-27.
- Global Cancer Surgery, or Lack of Thereof: A Wake-Up Call. Are C, Wong S, Leon A. Ann Surg Oncol 2016, 23:1-3.
- Global curriculum in surgical oncology. Are C, Berman RS, Wyld L et al. Ann Surg Oncol, 2016; 23: 1782-1795.

- Global forum of cancer surgeons: declaration of intent. Are C, Coit DG, McMasters KM, et al. *Ann Surg Oncol*, 2017; 24: 2429-2431.
- Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V et al. *Lancet* published online Jan 30, 2018.
- Global transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. Bray F, Jemal A, Grey N et al. *Lancet Oncol* 2012; 13:790-801.
- Implementing Cancer Care for the Undeserved Globally: From the 5 R's of Radiobiology to the 7 P's of Global Cancer Care. Williams TR, Coleman SN, *Seminars in Radiation Oncology* 2017, 27 (2): 95-97.
- Primacy of surgery in cancer care: a global situation. Moran B. *Lancet Oncol* 2015;16:1188-1189.
- Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, Villarreal-Garza C et al. *Lancet Oncol* 2015; 16:1405-38.
- Tendencia de la mortalidad por cáncer en Chile según diferencias por nivel educacional, 200-2010. Herrera CA, Kuhn-Barrientos L, Rosso R, Jiménez J. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37: 44-51.
- The Economist Intelligence Unit Ltd 2017. Cancer Control Access and Inequality in Latin America.
- The training and certification of surgical oncologists globally. Are C, Malik M, Patel A et al. *Ann Surg Oncol*, 2015; 22: 710-718.

Atención primaria de salud en el Perú: recuento post alma data

AN Herman Vildózola Gonzales*



En mayo de 1977, se realizó la Asamblea Mundial de la Salud en la cual los países del mundo acordaron la meta “Salud para todos en el año 2,000”, para lo cual decidieron que la herramienta para lograr esto era la Atención Primaria de Salud (APS).

En setiembre de 1978 en la ciudad de Alma Ata, ahora República de Kazajstan, organizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) se realizó la Conferencia Internacional con la asistencia de representantes de 132 países, sobre “Atención Primaria de Salud”, cuyo corolario fue la **“Declaración de Alma Ata”** que posee un total de diez puntos no vinculantes para los Estados Miembros, en los cuales se busca dar la base

* Doctor en Medicina

para la construcción de un nuevo sistema que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud”.

El elemento central de la Declaración fue la adopción de las bases conceptuales de la **Atención Primaria de Salud**, definiéndola de la siguiente manera: *“la Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”*

El Sector Salud en el Perú

Tiene dos características que la definen: la primera ser un sistema fragmenta-

do y desarticulado, con múltiples actores, tanto en la prestación de servicios como en el aseguramiento público y estos no necesariamente son complementarios y la segunda por una débil rectoría del sector por parte del Ministerio de salud

Los subsistemas para atender la salud de la población son los establecimientos del Ministerio de Salud que cubren aproximadamente al 53% de la población mediante el Seguro Integral de Salud (SIS), la Seguridad Social (EsSalud) que cubre un aproximado del 18% de la población, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional con un 0,9%, no institucional 14% y el sector privado lucrativo 10%, privado no lucrativo 4%.

La fragmentación y la débil rectoría del ente que ejerce la autoridad en el sector ha hecho poco viable el poder desarrollar una estrategia de Atención Primaria de Salud, en todos los subsistemas que constituyen el sector salud, por lo tanto los mayores intentos se han hecho en los establecimientos de salud controlados por el Ministerio de Salud, y como era de esperar su impacto no ha sido lo suficientemente positivo para tener efectos importantes en los indicadores sanitarios del país, pues además de no aplicarse a todo el sistema, la ejecución no fue lo suficientemente correcta por falta de capacitación del personal, compromiso de la comunidad, adecuado financiamiento, etc.; adicionalmente las entidades formadoras de recursos

humanos en las diferentes profesiones de la salud, continuaron con su programa de formación fundamentalmente hospitalaria, dándole escasa atención a la formación en los aspectos de la medicina centrada en la familia y la comunidad, uno de los aspectos negativos de esta política formativa es que se ha perdido la confianza en el primer nivel de atención por parte de la comunidad, especialmente en las zonas rurales cercanas a las grandes ciudades, de modo que los pacientes iban directamente a los hospitales produciendo una gran congestión por un crecimiento explosivo de la demanda que sobrepasaba largamente la oferta.

En la década de los 80 y parte de la del 90 del siglo pasado, Perú vivió una terrible crisis económica, social y política con una lucha con grupos terroristas que ocupaban toda la atención de las autoridades para controlar ese problema, por lo tanto, durante ese periodo se hizo muy poco para cumplir los acuerdos de Alma Ata; a principios del nuevo siglo, al haberse controlado el fenómeno terrorista y estabilizado el país económica y socialmente se reinició el trabajo en el Ministerio de Salud , con una reunión en junio del 2006 mediante la realización de un taller patrocinado por la OPS/OMS titulado “Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas” que tenía por objetivo proponer alternativas y opciones para revitalizar la APS en el Perú, que surge como la estrategia más

relevante para lograr el acceso universal de la población a un conjunto de atenciones consideradas fundamentales.

Consecuencia de esta reunión se desarrolló un programa de fortalecimiento del primer nivel de atención, el que lamentablemente por diversas razones no cumplió sus objetivos y recién el 2011 con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-FBC) que tuvo su soporte legal en Resolución Ministerial N° 464-2011MINSa , el equipo técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar (ESNSF) participó en su elaboración y ejecución, la cual se basa en dos dimensiones: la operativa que establece lo que debe desarrollar desde los establecimientos de salud en los 3 sujetos de intervención: persona, familia y comunidad, y la dimensión política cuyo eje son los determinantes sociales a intervenir a través de un trabajo multisectorial con participación de todos los niveles de gobierno para poder responder a los problemas de salud pública, tal como lo recomienda una de las conclusiones de Alma Ata.

A partir de 2011 la ESNSF implementó en el campo el MAIS-FBC en el nivel local (establecimientos de salud del primer nivel de atención), los que fueron seleccionados por el nivel regional para un aprendizaje compartido de manera que se pudiera replicar al resto de establecimientos de salud. Este aprendizaje tenía

una secuencia que incluía: organización de Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria,(EBS-FC); Sensibilización y organización de la comunidad; Mapeo y sectorización; Levantamiento de información a través del censo comunitario, Análisis de la información del censo con las fichas familiares recogidas de los hogares; Presentación del diagnóstico censal a la comunidad y Priorización de problemas con la comunidad; Elaboración participativa del Plan de salud Local; Seguimiento, monitoreo, evaluación e implementación de las intervenciones.

El trabajo de la ESNSF corresponde al periodo 2010-2015, comprendía implementación del MAIS-BFC a través de la visita de salud familiar, capacitación del personal de salud en la implementación del MAIS-BFC, establecimiento de la línea de base de Atención Integral de Salud en los Establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención.

La evaluación de los resultados de esta experiencia hasta el 2015 se puede resumir bajo la visión de tres enfoques: *Uno Político*, que comprende el aspecto financiero de los programas, cuyos presupuestos siempre ha estado por debajo de los requerimientos básicos, por lo que se tuvo que redireccionar el trabajo a los más vulnerables de la población; en capacitación realmente no existe un plan de desarrollo de capacitación de los recursos humanos , aunque este haya mejorado gracias al Servicio Rural

Urbano Marginal de Salud (SERUM) que mejoró con la incorporación de los médicos recién graduados, así como de otros profesionales de las ciencias de la salud; sin embargo esto es un servicio temporal en las comunidades pequeñas; en lo referente al aspecto de equipamiento tecnológico este también fue limitado, por problemas de financiamiento, finalmente no se logró que el MAIS-BFC que se constituyó con una Resolución Ministerial, se convierta en una ley lo que hubiera permitido una mayor estabilidad y respaldo jurídico en el tiempo, por lo que solo quedó como un Documento Técnico que establecía las bases filosóficas y conceptuales, lo que es fácilmente cambiante con los sucesivos cambios de gobierno; *el segundo aspecto a considerar es el Estratégico*, el cual comprende un enfoque territorial y planeamiento en Red, el que fue respaldado por un decreto ley creando las RIAPS (Redes de Atención Primaria de Salud), pero que lamentablemente fue derogado y no se pudo reglamentar; el otro aspecto estratégico que se desarrolló fue organizar los servicios de acuerdo a las necesidades de la población, el que finalmente no se concretó , en parte por falta de compromiso del personal de salud y finalmente *el tercer aspecto es uno Táctico-Operativo* que enfatizó por un lado las acciones de Promoción y Prevención con orientación Familiar y Comunitaria así como trabajo extramural y por otro la Reorientación de los Servicios de salud hacia la calidad.

Proyecto ECHO: ¿es posible democratizar la atención médica en América Latina?

Ac. Dr. Henry Cohen*



1. Antecedentes

Proyecto original: Instituto ECHO, Universidad de Nuevo México, EE.UU

Sanjeev Arora es un profesor de medicina y gastroenterología de origen indio, radicado en Estados Unidos desde hace más de treinta años. En el hospital universitario de la ciudad de Albuquerque, en el estado de Nuevo México, se encontró en cierto momento de su carrera frustrado por la gran cantidad de pacientes con hepatitis C que no eran diagnosticados a tiempo debido a los ocho meses de

* Profesor de Gastroenterología, Facultad de Medicina
Universidad de la República
Presidente Academia Nacional de Medicina, Uruguay

espera para concretar una consulta con especialista, o bien que no podían seguir el largo tratamiento que esta enfermedad necesitaba. La mayoría de estos pacientes vivían en zonas rurales, alejadas del centro universitario, y no contaban con los recursos ni con el tiempo para trasladarse a la ciudad con el fin de consultar al especialista y ser tratados. En 2003, Arora decidió utilizar las tecnologías de comunicación que rápidamente se habían diseminado en los últimos años, y comenzó un programa de educación continua a médicos generales, rurales, de familia, enfermeras, agentes comunitarios o promotores de salud que se encontraban radicados en las localidades donde vivían sus pacientes con hepatitis C. Utilizando Internet y las posibilidades de cualquier computadora para realizar videoconferencias e incluso por teléfono, logró en poco tiempo especializar a estos equipos de salud del primer nivel de atención en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que lo preocupaba. Con el tiempo, cientos de pacientes en localidades remotas se vieron beneficiados con la atención sanitaria especializada sin moverse de su lugar de residencia.

Actualmente, el modelo ECHO (acrónimo de *Extension for Community Healthcare Outcomes*), trabaja sobre más de 55 patologías o condiciones clínicas y más de 100 universidades o centros especializados replican el modelo en 25 países, entre ellas Harvard y

el MD Anderson en Estados Unidos, y la Universidad de la República en Uruguay, primer país en Latinoamérica en aplicar esta metodología. Más de 100 personas altamente calificadas integran hoy el equipo interdisciplinario del Instituto ECHO, en la Universidad de Nuevo México, que durante su desarrollo ha logrado el respaldo de múltiples organizaciones públicas y privadas, incluyendo el gobierno de los Estados Unidos a través de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, *U.S. Department of Health and Human Services (HHS)*, *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*, *U.S. Department of Defense (DoD)*, *U.S. Department of Veterans Affairs*, *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*, entre muchos otros. En 2017 el Congreso de EEUU aprobó por unanimidad un proyecto de ley para evaluar y poner en funcionamiento esta metodología. Asimismo, la red de académicos, especialistas y equipos de salud en todos los programas que desarrolla ECHO en el mundo (comunidad metaECHO) se fortalece continuamente por múltiples vías de intercambio y cooperación permanente, desarrollo conjunto de mejores prácticas, colaboración en evaluación de resultados e investigación mediante metaconferencias, sesiones de entrenamiento por teleconferencia, visitas de apoyo técnico entre países,

etc. Recientemente, ECHO se propuso la meta superior de llegar a beneficiar a mil millones de personas en el mundo, para lo cual el Instituto comprendió que necesitaría la ayuda de otros centros que fueran capaces de entrenar y replicar el modelo convirtiendo *hubs* en “*superhubs*”. Estos centros de referencia ya han replicado el modelo y tienen la trayectoria y capacidad para entrenar a otras organizaciones en el mundo, con el respaldo del Instituto de la Universidad de Nuevo México. De este modo, podemos afirmar que ECHO es una organización y al mismo tiempo un movimiento de carácter internacional.

2. Misión

La misión del Proyecto ECHO es expandir la capacidad de proveer mayor asistencia para enfermedades frecuentes y complejas en áreas rurales y en lugares menos privilegiados, alejados de los centros asistenciales y de los especialistas.

3. ¿Cómo funcionan las clínicas ECHO?

En las videoconferencias o “teleECHO clínicas” se conectan simultáneamente por Internet los médicos rurales, generales, especialistas y equipos de salud de las zonas alejadas junto con los profesores en los hospitales universita-

rios o centros de referencia. La dinámica es simple: los médicos del interior o periferia presentan casos clínicos complejos, y luego toda la comunidad participante plantea preguntas y comentarios, y los expertos en el hospital universitario realizan recomendaciones, desarrollando aquellos aspectos del procedimiento de diagnóstico o tratamiento que son difíciles de manejar sin la formación y experiencia especializada. También pueden incluir breves presentaciones sobre temas frecuentes o difíciles, llamadas “didácticas”. El aprendizaje basado en casos clínicos y las buenas prácticas compartidas son las bases de esta metodología.

Repitiendo esta dinámica periódicamente y aprendiendo mutuamente de la experiencia de todos, estos equipos de salud de zonas alejadas se especializan progresivamente y pueden tratar por sí mismos a la mayoría de estos pacientes complejos, al tiempo que conforman una comunidad de práctica de escala nacional y provee un programa de educación médica continua que permite a estos profesionales permanecer en sus localidades asistiendo a sus pacientes.

A diferencia de la consulta clínica a distancia (“telemedicina”), esta metodología evita atender directamente a los pacientes por teleconferencia porque de esa forma no se desmonopoliza el conocimiento ni se multiplica la cantidad de pacientes asistidos.

Para incluir nuevas enfermedades, ellas deben ser prevalentes, con alto impacto en la sociedad (salud y económico), de manejo complejo, que existan tratamientos en evolución y que su tratamiento tenga una influencia positiva en la evolución del paciente.

4. ECHO Uruguay: 2014 – 2017

Uruguay no es un país con grandes barreras naturales ni distancias demasiado extensas como para que la población no pueda acceder a los servicios de salud elementales. Además, el estado uruguayo garantiza a los ciudadanos una de las más amplias coberturas sanitarias de la región, la que se ha profundizado sustancialmente desde la creación y desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud en el año 2007. Sin embargo, el país no escapa al grave problema global de la concentración de servicios de salud especializados en la capital, ubicada en el extremo sur, con todo el perjuicio que ello representa para la población más alejada así como los costos incrementados para todo el sistema. Según datos del Sindicato Médico del Uruguay, de los 14.726 médicos en actividad en el año 2010, solo 3.501 (22%) estaban radicados en el interior del país y de estos la amplia mayoría concentrados en los departamentos al sur del Río Negro, más cercanos a Montevideo.

Henry Cohen es el profesor titular de la cátedra de gastroenterolo-

gía ubicada en el Hospital de Clínicas (Facultad de Medicina, UDELAR) y fue presidente de la Organización Mundial de Gastroenterología. Como parte de sus actividades internacionales, a comienzos de 2012, tuvo oportunidad de visitar la sede del Instituto ECHO en la Universidad de Nuevo México y desde entonces trabaja en la replicación de ECHO en la Universidad de la República. Desde hace ya algunos años la Universidad viene desarrollando un proceso de descentralización hacia el interior del país, por lo que no es sorprendente que ECHO Uruguay haya recibido el apoyo inmediato del anterior Rector, Rodrigo Arocena así como del actual, Roberto Markarián, y del Decano de la Facultad de Medicina, Fernando Tomasina. En 2014, ese apoyo se tradujo en la aprobación de un convenio marco entre ambas universidades. Como parte de este convenio, la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en tanto *hub* internacional del Instituto ECHO, accede gratuitamente a los sistemas informáticos para videoconferencia y gestión del proyecto (software) y al asesoramiento en los niveles técnicos y organizativos necesarios para el buen desarrollo del proyecto.

Participan de ECHO Uruguay médicos y equipos de salud de organizaciones públicas y privadas de todos los departamentos del país, en un proceso que viene sumando integrantes continuamente. Médicos generales y especialistas, enfermeras, licenciadas y otros profesionales de la salud se reúnen en

policlínicas rurales o urbanas en el interior, o en sus propios domicilios, para participar de las teleECHO clínicas con el hospital universitario u otros centros de referencia. No necesitan más que una computadora, tableta o teléfono conectado a Internet, y el consentimiento informado de su paciente.

Como resultado de esta conjunción de esfuerzos de personas y organizaciones convocadas por la Facultad de Medicina para hacer posible ECHO en Uruguay, desde agosto de 2014 a diciembre de 2017, el proyecto trabajó en todo el país, llegando ya a un total de 11 patologías o condiciones clínicas cada una de las cuales está a cargo de una cátedra o servicio de referencia en Montevideo.

Hospital de Clínicas

- Hepatitis C – Clínica de Gastroenterología (Prof. Henry Cohen).
- HIV – Clínica de Enfermedades Infecciosas (Prof. Julio Medina).
- Anemias – Clínica de Hematología (Prof. Lilián Díaz).
- Insuficiencia Cardíaca – Clínica Médica A - UMIC (Prof. Gabriela Ormaechea).
- Neurorehabilitación – Clínica de Rehabilitación y Medicina Física (Prof. Teresa Camarot).

C. H. Pereira Rossell

- Autismo – Clínica Pediátrica C (Prof. Gustavo Giachetto).

- Cáncer Cervical – Clínica Ginecológica A (Prof. Leonel Briozzo).
- Cuidados Paliativos Pediátricos – Unidad de C.P.P. (Prog. Agda. Mercedes Bernadá).

Hospital Maciel

- Cuidados Paliativos – Unidad de C. P. (Prof. Adj. Gabriela Píriz).
- Enfermedades Autoinmunes Sistémicas – Clínica Médica 1 (Prof. Jorge Facal).

Facultad de Medicina

- Medicina Familiar y Comunitaria (Prof. Dr. Julio Vignolo)

En los últimos dos años, un total de veinte personas de Uruguay, viajaron a Albuquerque con el fin de recibir entrenamiento de parte del Instituto ECHO de la Universidad de Nuevo México. La mayoría de ellos también participaron en la MetaECHO Conferencia en abril de 2016, a la cual concurren 500 delegados de todos los centros ECHO del mundo. Cabe mencionar que durante 2015 fue invitado a participar en un evento académico del Instituto ECHO en la Universidad de Nuevo México el Sr. Decano de la Facultad de Medicina, Prof. Fernando Tomasina, quien presentó la realidad de ECHO Uruguay.

Gracias al trabajo continuo y la fuerza de esta idea, ECHO Uruguay ha reunido el apoyo de varias organizaciones. Estas son, hasta la fecha: Ministerio

de Salud Pública; Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); Federación Médica del Interior (FEMI); Fondo Nacional de Recursos; Sanidad Policial – Ministerio del Interior; Programa Salud.uy – Presidencia de la República; Academia Nacional de Medicina; Sindicato Médico del Uruguay; Colegio Médico del Uruguay; World Gastroenterology Organisation (WGO). Puntualmente, también recibió el apoyo de las Embajadas de Estados Unidos y Gran Bretaña en Uruguay, para las visitas del Prof. Sanjeev Arora -fundador y Director del Instituto ECHO- y del Prof. Max Watson -Director de ECHO en Irlanda del Norte-. Ambas tuvieron un enorme impacto entre académicos y equipos de salud y dieron un importante impulso al proyecto. Como parte de alianzas estratégicas, cabe destacar la cooperación del Programa Uruguay Crece Contigo – Ministerio de Desarrollo Social, en la gesta y evolución de la clínica ECHO – Anemias

en conjunto con la cátedra que la coordina (Hematología, Hospital de Clínicas), así como en el desarrollo de una experiencia ECHO panamericana sobre cáncer cervical por la alianza de la cátedra de Ginecología A con el Proyecto ECHO del M.D. Anderson en Estados Unidos. En 2015 ECHO Uruguay es declarado de interés ministerial por el Ministerio de Salud Pública y en 2016, de interés nacional por el Sr. Presidente de la República, Prof. Dr. Tabaré Vázquez.

Asimismo, contribuyeron económicamente al Proyecto ECHO Uruguay en este período cuatro empresas de las cuales tres pertenecen a la industria farmacéutica, aportando a la implementación de todas las patologías y acorde a las pautas éticas de la Facultad de Medicina. La totalidad de los fondos del Proyecto ECHO Uruguay son administrados por la Fundación Manuel Quintela perteneciente al Hospital de Clínicas.

ECHO Uruguay. Resultados de participación entre agosto 2014 – diciembre 2017

Departamentos del Uruguay donde se registran equipos de salud integrando ECHO	19 (100%)
Médicos, enfermeras y otros integrantes de equipos de salud de todo el país	+ 3000
Profesores/especialistas coordinando teleECHO clínicas desde Montevideo	+ 40

4.1 Hito 2016: Uruguay como “superhub” o centro de entrenamiento regional

El crecimiento y expansión del Proyecto ECHO dentro y fuera de EE.UU. durante los 13 años transcurridos desde su origen, han llevado a su Director, el Prof. Sanjeev Arora, a promover la idea

de crear réplicas del Instituto ECHO con capacidad de gestionar las coordinaciones internacionales en el marco del proyecto, e iniciar y entrenar a equipos universitarios y de centros especializados, que a su vez aplicarán el modelo ECHO en sus países. La experiencia de fundar *superhubs* o centros de referencia se ini-

ció en 2015 con la participación de una selección de *hubs* ECHO que contaban con una trayectoria destacada y actualmente despliegan múltiples teleECHO clínicas. Las seleccionadas inicialmente fueron: Universidad de Wyoming y Academia Americana de Pediatría en EE. UU; Universidad de Irlanda del Norte en Europa y ECHO India que coordina un conjunto de organizaciones de investigación y promoción de la salud en ese país.

La Universidad de la República fue la primera organización en aplicar el modelo ECHO en América Latina. También cooperó activamente en su replicación en Argentina y Brasil, además de asesorar a otros países que están preparándose para ello.

A fines de 2015, ECHO Uruguay fue seleccionado por la Universidad de Nuevo México para ser el primer *superhub* en América Latina y por ello se dispuso el entrenamiento de un equipo técnico de manera tal de poder asumir las nuevas responsabilidades que esta categoría requiere.

Esta propuesta implicó para la Facultad de Medicina de la Universidad de la República la firma de un nuevo convenio específico con el Instituto ECHO y la Universidad de Nuevo México en el cual se asumen mayores responsabilidades, a la vez que significa un reconocimiento al trabajo del proyecto nacional en tan poco tiempo de ejecución. En el

entrenamiento inicial realizado en el mes de enero de 2016 en Nuevo México, participaron además de Uruguay otras tres universidades de EE.UU.: Washington, Missouri y Chicago. El inicio de la ejecución de esta nueva fase o categorización del proyecto está previsto para el segundo semestre de 2016.

Las características de ECHO Uruguay como *superhub* estarán definidas por dos circunstancias:

1. La Universidad de la República se convierte en un centro de referencia para todas las universidades y centros especializados de Latinoamérica que decidan replicar el modelo ECHO. La especificidad lingüístico-cultural mucho más cercana que la de EE.UU y la reducción de los costos , facilitan notoriamente el desarrollo de nuevos centros en la región.
2. ECHO Uruguay detenta teleECHO clínicas únicas en el mundo en dos áreas: anemias y otras enfermedades hematológicas frecuentes (inició en mayo de 2015) y enfermedades autoinmunes sistémicas (inició en abril de 2016). También tuvo la iniciativa de generar la primera teleclínica ECHO panamericana sobre el tema cáncer cervical, en conjunto con el M.D. Anderson de EE.UU.

Por lo tanto, el *superhub* ECHO Uruguay tendrá potencialmente un al-

cance regional o iberoamericano, pero podrá ser también temático para aquellos equipos de especialistas interesados en una patología o condición clínica que se aborda específicamente en nuestro proyecto nacional. Sin embargo, cabe aclarar que las universidades o centros interesados pueden elegir libremente el *superhub* donde adscribirse y recibir entrenamiento, así como referirse al propio Instituto ECHO en la Universidad de Nuevo México.

Los destinatarios o público objetivo de la propuesta de ECHO Uruguay como *superhub* son:

- Universidades y centros especializados de Latinoamérica que ya han contactado a ECHO Uruguay y recibido su orientación: Universidad de las Américas (Ecuador); Universidad de Tecnología & Ingeniería (Perú), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Brasil); Universidad de Chile (Chile); Universidad de La Plata (Argentina); Ministerio de Salud Pública (República Dominicana); Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (México); Ministerio de Salud Pública (Panamá), entre otros.
- Universidades y centros especializados de otros países extraregión que también han contactado con nosotros: Portugal, Australia, Camerún.
- Otras organizaciones que se presenten directamente con la misma demanda hacia ECHO Uruguay o

derivadas desde el Instituto ECHO u otros *superhubs* por razones geográficas, culturales o temáticas. ECHO Uruguay será entonces, por el momento, el único *superhub* ofreciendo entrenamiento en idioma español.

5. ¿Qué esperamos para 2018?

ECHO® Uruguay comenzará este año un curso optativo para pregrados en la Facultad de Medicina de Montevideo para introducir conceptos sobre ECHO en la curricula, titulado: “¿Qué es el Proyecto ECHO y cómo lo puedo aplicar en mi práctica médica?”.

Se comenzará con una ECHO sobre fortalecimiento de la Red de Atención de Niños, coordinada por el Prof. Gustavo Giachetto.

Cuidados Paliativos de Adultos ha conseguido una muy importante inserción en todo el país y gracias a un proyecto impulsado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, está formando en el tema a más de 500 colegas en México, proceso que se estima finalizar en 2018.

Por otro lado, luego del evento sobre enfermedades no transmisibles organizado en 2017 en Montevideo por Presidencia de la República y OMS, hemos decidido comenzar con colegas del Hospital Maciel una ECHO sobre este tema que abarcará concretamen-

te Obesidad/Dislipemia, Hipertensión, Cáncer de Pulmón, Diabetes y Tabaquismo, que estará coordinada por los Prof. Álvaro Huarte y Pablo Curbelo

Asimismo, iniciaremos un nuevo subproyecto ECHO dirigido a la formación de cuidadores y asistentes personales, en particular de adultos mayores, en coordinación con las principales organizaciones que manejan el tema en nuestro país.

En resumen, ECHO:

- Es un movimiento que está revolucionando las normas de atención médica a nivel global.
- Moviliza conocimientos en vez de movilizar pacientes.
- Desmonopoliza el conocimiento, y democratiza y amplifica el acceso a la atención médica a los menos favorecidos en todo el mundo.

Epidemiología del cáncer en Uruguay

Ac. Dr. Enrique Barrios
Ac. Dr. Mario Varangot



Aspectos descriptivos de la situación

El problema del cáncer es claramente uno de los desafíos sanitarios más relevantes de nuestra época. Como consecuencia del control de las enfermedades infecciosas, fruto del progreso médico en su prevención y tratamiento, así como también de las mejoras generales en la calidad de vida; la expectativa de vida tuvo, a lo largo del siglo pasado, un aumento sustantivo. Esto dio lugar a que, sobre la segunda mitad del siglo XX, emergiera un nuevo perfil epidemiológico en el cual las enfermedades crónicas y degenerativas, especialmente la patología cardiovascular y el cáncer, se constituyeron en las primeras causas de muerte. (1)

Este fenómeno, la transición demográfico-epidemiológica, comenzó más tempranamente en los países desarrollados, y en el contexto regional también en

nuestro país (1-5). De acuerdo con los expertos en demografía, esta transición, aún en curso en el Uruguay, proyecta un escenario complejo para las próximas décadas. El aumento del envejecimiento de la población es un “potente indicador de desarrollo” y seguirá impactando en el perfil epidemiológico; “la población en edades activas caerá”, lo cual tendrá consecuencias socio-económicas relevantes en los recursos disponibles para financiar las políticas sanitarias emergentes (6).

Con distintas dinámicas, en las últimas décadas, los países menos desarrollados están atravesando progresivamente esta transición. Este hecho en combinación con la adquisición de hábitos de vida occidentales por parte de estas poblaciones, permite proyectar un impacto dramático del cáncer en las próximas décadas. Se estima que el número de casos nuevos de cáncer pasará de alrededor de 14 millones actualmente a más de 20 millones en 2015, y que casi dos tercios de esos casos ocurrirán en los países menos desarrollados (7). Esto último requiere especial atención en tanto que los países menos desarrollados no cuentan con recursos similares a aquellos de los países desarrollados para enfrentar la enfermedad, lo cual plantea un desafío dramático.

En el Uruguay se registran anualmente unos 15000 casos nuevos de cáncer y más de 8000 muertes son causadas por esta enfermedad (20,21). El cáncer es

la segunda causa de muerte en Uruguay desde hace décadas, dando cuenta de un cuarto (24,7% en 2015) del total de las defunciones registradas (22)

El cáncer de piel distinto al melanoma (en adelante cáncer de piel no melanoma) es por lejos el cáncer más frecuente pero de acuerdo a los estándares internacionales este cáncer suele excluirse de las estadísticas oficiales por las dificultades que ofrece su registro (23). Siguiendo también los estándares internacionales, tampoco se incluyen en estas estadísticas los cánceres in situ, y solo se consideran los invasores. Si descartamos el cáncer de piel distinto al melanoma, entonces la cifra de diagnósticos de nuevos casos de cáncer en Uruguay (incidencia) es de unos 13000 al año.

El cáncer más frecuente en Uruguay en cifras absolutas en ambos sexos reunidos es el cáncer de mama (unos 1860 casos anuales, de los cuales 1840 son en mujeres) seguido de cerca por el cáncer colo-rectal cuando se cuentan los casos de ambos sexos reunidos (unos 1830 casos anuales) Les siguen el cáncer de próstata (1450 casos anuales) y el de pulmón (1400 casos anuales)(8).

Cuando se consideran los sitios por sexo, en el hombre el cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente (fig. 1), seguido por el cáncer de pulmón (unos 1100 casos anuales), siendo este último, por lejos, el más letal. El CCR ocupa el ter-

cer lugar en hombres con unos 910 casos anuales. En mujeres el cáncer de mama es por mucho el más frecuente, seguido por el CCR (unos 920 casos anuales, ver

más adelante en este artículo). En el tercer lugar, lamentablemente, aún figura el cáncer de cuello de útero con unos 330 casos nuevos cada año (fig. 2).

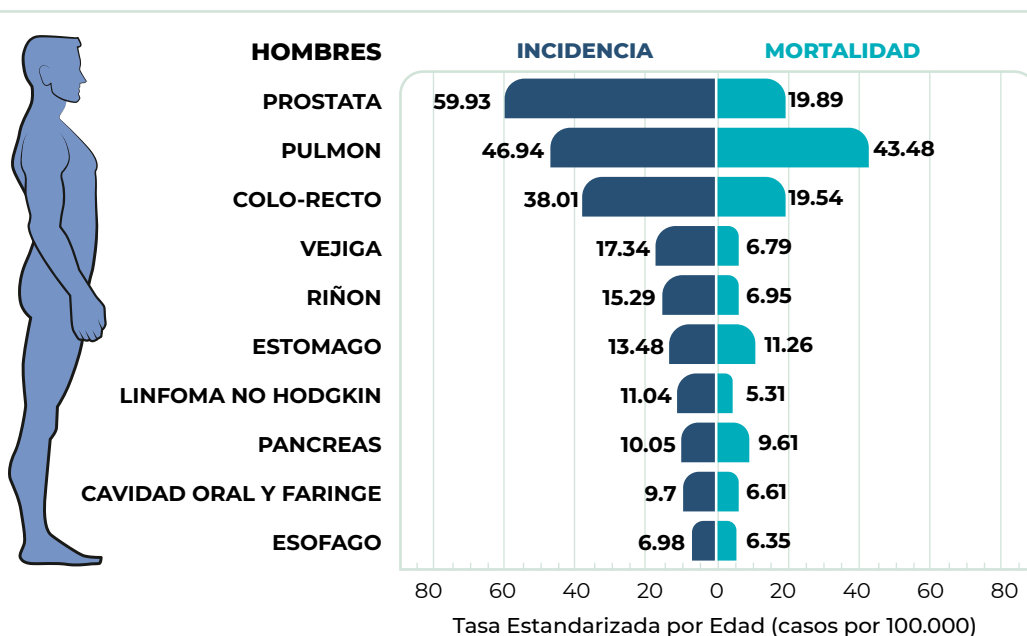


Fig. 1. Principales tipos de cáncer en Uruguay: período 2009-2013. Hombres. Registro Nacional de Cáncer - C.H.L.C. C.

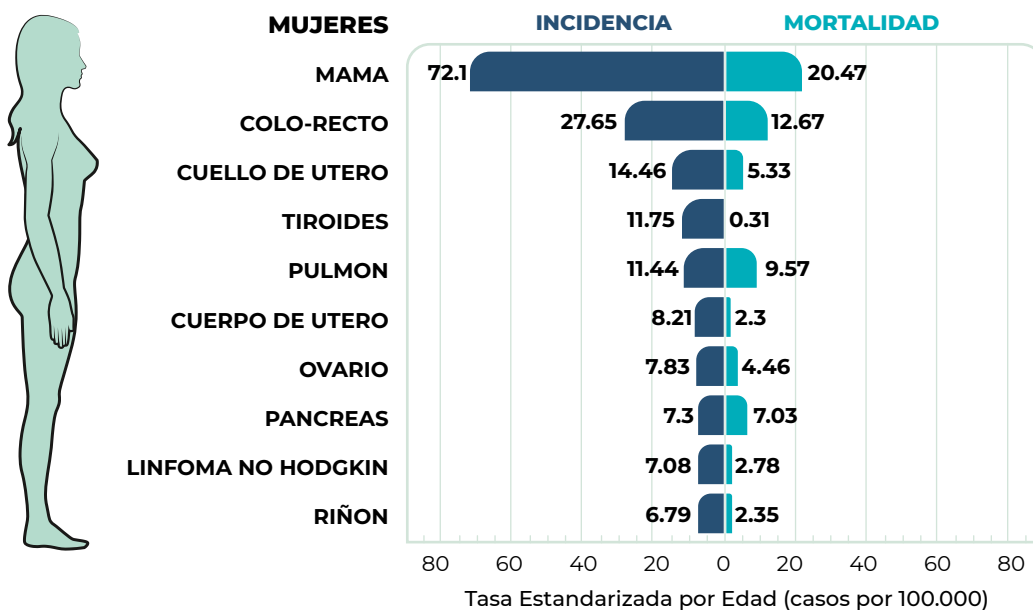


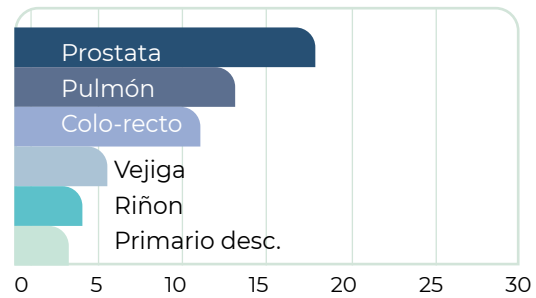
Fig. 2. Principales tipos de cáncer en Uruguay: período 2009-2013. Mujeres. Registro Nacional de Cáncer - C.H.L.C. C.

En las tablas de la figura 3 se muestran para cada sexo, los detalles cuantitativos de las cinco primeros sitios.

Para ubicar la importancia de las cifras de incidencia del cáncer en Uruguay en el contexto internacional digamos que la tasa estandarizada de todos los sitios reunidos (exceptuando al cáncer de piel no melanoma) considerando ambos sexos reunidos es de 298 casos por 100000 personas-año, mayor pero muy

próximo al valor que las estimaciones de la IARC(12) arrojan para el conjunto de los países más desarrollados (267 casos por 100000). De modo que tanto en el perfil epidemiológico como en la escala de sus cifras el Uruguay parece muy próximo al conjunto de los países más desarrollados, con la excepción del cáncer de cuello de útero en la mujer, un tumor ligado a inequidades socio-económicas y cuyas herramientas de control parecen accesibles.

Hombres		Casos periodo	Promedio anual	TA	%
1	Prostata	7242	1448	59.93	17.80
2	Pulmón	5373	1075	46.94	13.20
3	Colo-recto	4537	907	38.01	11.15
4	Vejiga	2129	426	17.34	5.23
5	Riñon	1662	332	15.29	4.08
	Primario desc.	1318	264	10.37	3.24



Mujeres		Casos periodo	Promedio anual	TA	%
1	Mama	9211	1842	72.10	24.56
2	Colo-recto	4629	926	27.65	12.34
3	Cuello de útero	1564	313	14.46	4.17
4	Tiroides	1152	230	11.75	3.07
5	Pulmón	1587	317	11.44	4.23
	Primario desc.	1336	267.2	6.82	3.56

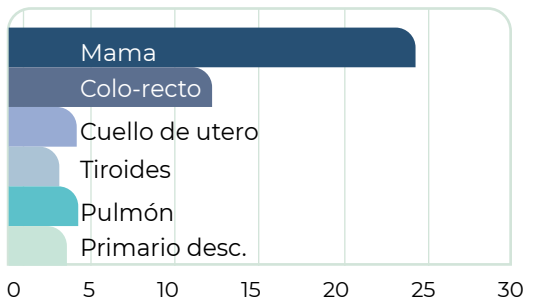


Figura 3. Distribución porcentual de la incidencia. Localizaciones más frecuentes. Periodo 2009- 2013

Debe decirse también que aparecen diferencias importantes en relación a los países desarrollados cuando se examinan las tasas de mortalidad. En términos generales se observa que en algunos sitios relevantes las tasas de mortalidad estandarizadas por edad de Uruguay

son mayores que las de los países desarrollados. Si bien las tasas estimadas de mortalidad por cáncer que ha difundido la IARC(12) son superiores a las que efectivamente mide el Registro Nacional de Cáncer de Uruguay (RNC), las diferencias (aunque más leves) persisten.

Tendencias de la mortalidad por cáncer en Uruguay

a. Tendencias en el largo plazo

En las figuras 3 y 4 se observan las tendencias de mortalidad de largo plazo

(1953-2013) de las tasas estandarizadas por edad para hombres y mujeres respectivamente, en relación a los principales tipos de tumores malignos. Estas cifras constituyen una puesta al día de publicaciones previas (16,17).

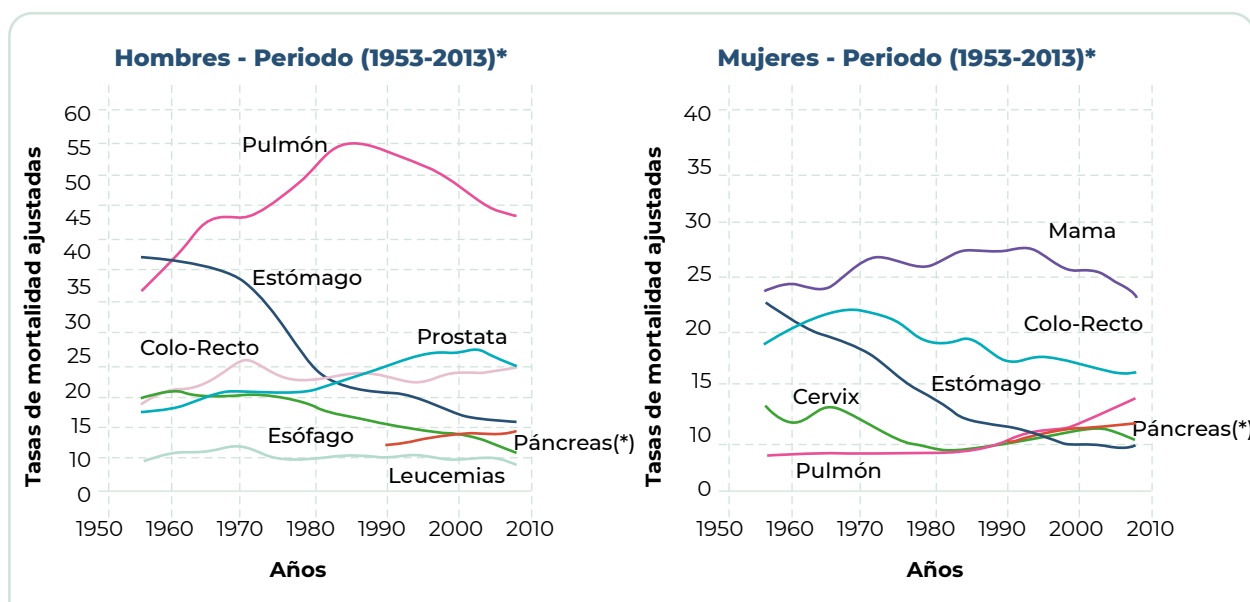


Figura 4. Tendencia de la mortalidad por cáncer en Uruguay.

Modificado y actualizado de: "Cancer Mortality Trends in Uruguay 1953-1991. De Stefani E., Fierro L., Barrios E. and Ronco A, *Int. J. Cancer* 56:634-639 (1994)

(*) Tasas ajustadas por edad a la población mundial por 100.000 habitantes

(**) Datos disponibles solamente a partir del quinquenio 1989-1993

En hombres puede observarse el cruzamiento temprano en los primeros años de la década del 60' entre el cáncer de estómago en descenso y el cáncer de pulmón en ascenso. Por lo expuesto más arriba en relación al fenómeno de la carcinogénesis, es un hecho conocido que los cambios en las exposiciones a los factores de riesgo originados por cambios en los hábitos de vida o debido a la implementación de medidas sanitarias, expresan su impacto muchos años

después a través de los cambios en las tasas de incidencia y la mortalidad. En este sentido se le suele adjudicar relevancia en el descenso de la mortalidad por cáncer de estómago a la difusión de los refrigeradores en sustitución de la sal para la conservación de los alimentos (las nitrosaminas presentes en la sal son reconocidos carcinógenos), fenómeno ocurrido principalmente en la década del 50'. La importancia relativa de la infección por *Helicobacter pylori*

en estas tendencias es motivo de discusión, asignándose relevancia especial a la exposición en etapas tempranas de la vida (18).

Mientras tanto la tasa estandarizada por edad de mortalidad por cáncer de pulmón aumenta hasta mediados de los 80', para luego comenzar un descenso sostenido hasta nuestros días. El desfase de décadas entre el consumo de cigarrillos y los cambios operados en la incidencia del cáncer de pulmón ha sido descrito en diversos países, particularmente en Estados Unidos (19).

Puede observarse también cierta estabilidad de la tasa de mortalidad para el cáncer colo-rectal y una reciente reducción en la tasa estandarizada por edad de mortalidad por cáncer de próstata. Un descenso sostenido de la mortalidad por cáncer de próstata se ha observado en los países desarrollados desde la difusión de la utilización del Antígeno Prostático-Específico (PSA), a pesar de que la implementación de los programas de tamizaje utilizando esta herramienta están en plena controversia a nivel internacional.

El número de casos incidentes de cáncer de próstata ha tenido un aumento dramático en nuestro país desde 1991, en ese año se registraban menos de 900 casos mientras que en el período 2009-2013 se registraron en promedio unos 1448 casos por año.

En Mujeres puede observarse que luego de un aumento en la última mitad del siglo pasado el cáncer de mama comienza a partir de mediados de los 90' un descenso sostenido de la tasa estandarizada por edad de la mortalidad.

La mortalidad por cáncer cervico-uterino luego de retomar un curso ascendente a mediados de los 80', y a pesar de las fluctuaciones en la última década parece haber empezado un descenso leve pero significativo. El cáncer de estómago al igual que en hombres muestra un descenso notorio en toda la segunda mitad del siglo XX prolongándose hasta comienzos de la última década con una atenuación de su dinámica de decaimiento.

b. Tendencias recientes

El análisis estadístico de estas tendencias se ha llevado a cabo utilizando el método de regresión por segmentos (joinpoint análisis(20)), utilizando el software gratuito suministrado por el Servicio de Vigilancia Epidemiológica de los EEUU (Surveillance Epidemiology and End Results – SEER). Se estima también el Porcentaje de Cambio Anual (PCAE).

Se observa que las tasas de mortalidad para todos los sitios reunidos decrecen monótonamente desde 1990 en ambos sexos. En el caso del sexo masculino, esto se debe especialmente al descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón, aunque también de los cánceres de es-

tómago y esófago. Un descenso reciente pero significativo se ha observado en las tasas de mortalidad por cáncer de próstata (tasas estandarizadas por edad), el quiebre es a partir del 2004 donde el PCAE es de -2.1 ($p < 0.05$).

En la mujer, el descenso leve pero sostenido de la mortalidad por cáncer en general, es producto de la dinámica más compleja de un conjunto de tumores: en particular destacamos el descenso notorio del cáncer de útero (todos los subsitios uterinos reunidos) y el ascenso marcado de la mortalidad por cáncer de pulmón. El problema de mayor relevancia en términos de la dinámica epidemiológica de las tasas de mortalidad e incidencia es sin dudas el cáncer de pulmón en mujeres, actualmente la tasa estandarizada por edad crece a un 3.5% anual. El número de muertes por año debido a cáncer de pulmón en mujeres casi triplica (2.7) actualmente al número de muertes por cáncer de cuello de útero, invirtiendo la relación que se observaba hace unas pocas décadas y constituyéndose en la tercera causa de muerte por cáncer en este sexo. En lo relativo a la mortalidad por cáncer cervico-uterino, si se analizan en conjunto las tendencias del cáncer de útero sin especificar subsitio, puede verse que ocurrió un descenso significativo en el período que se vio enmascarado por la incorrecta definición de la causa de muerte en el certificado de defunción. Muchas muertes debidas a cáncer cervico-uterino

eran adjudicadas Utero SE. No obstante, la mortalidad por cáncer de cervix sigue siendo considerablemente más elevada que aquella observada en los países desarrollados.

En suma: el problema del cáncer es de notoria relevancia en el espectro epidemiológico del Uruguay (21), anualmente se registran más de 15000 casos nuevos y mueren unos 8000 uruguayos por esta causa. Su perfil es relativamente similar a aquel observado en los países desarrollados con algunos rasgos propios de los países menos desarrollados (cifras aún relativamente elevadas en cáncer de cuello de útero, estómago y esófago).

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. División Estadística. Estadísticas de mortalidad. [página web] [citado: 30 de mayo 2017] Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/EstVitales/>
2. Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. Variables estadísticas relevantes durante el siglo XX. [página web] [citado: 30 de mayo 2017] Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/Variables+Estad%C3%ADsticas+Relevantes+Durante+el+Siglo+XX+-+1+Poblaci%C3%B3n.pdf/ac906a54-7873-4d0a-becf-5cf0ef-7d8cc5>

3. Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. Componentes del cambio poblacional.[página web] [citado: 30 de mayo 2017] Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/Variables+Estad%C3%ADsticas+Relevantes+Durante+el+Siglo+XX+-+2+Componentes+del+Cambio+Poblacional.pdf/726ebb-dd-192e-4905-8b46-37a34a3e9c80>
4. Rofman R, Amarante V, Apella I. Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI. C.E.P.A.L., Marzo, 2016.274 p.
5. Armitage P. Doll R. The age distribution of cancer and a multi-stage theory of carcinogenesis. *Br J Cancer*. 1954 Mar;8(1):1-12.
6. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell*. 2011 Mar 4; 144(5):646-74.
7. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures, 2012. Atlanta: American Cancer Society, 2012. 68 p.
8. Bray F. The evolving scale and profile of cancer worldwide: much ado about everything. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016 Jan; 25(1):3-5. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-1109. Epub 2015 Dec 14.
9. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 127: 2893–917.
10. Karagas MR, Weinstock MA, and Nelson HH. Keratinocyte Carcinomas. En: Schottenfeld D and Fraumeni JF(eds), *Cancer epidemiology and prevention*. 3rd ed. Oxford University, 2006. p.1230
11. Barrios E, Musetti C, Alonso R, Garau M. V Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay 2009-2013. Montevideo: CHLCC, 2015. 114p.
12. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015 Mar 1;136(5):E359–86. [citado: 30 de mayo 2017] Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.29210>
13. Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, Steliarova-Foucher E, Swaminathan R and Ferlay J eds (2013) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X* (electronic version) Lyon, IARC.2013. [citado 30 de mayo 2017] Disponible en : <http://ci5.iarc.fr>
14. Estève J, Benhamou E, and Raymond L. *Méthodes Statistiques en Épidémiologie Descriptive*. Paris : INSERM, 1993. 307 p.
15. Instituto Nacional de Estadística del Uruguay.[página web] [citado: 30 de mayo 2017] Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-1852-2011>

16. De Stefani E, Fierro L, Barrios E, and Ronco A. Cancer mortality trends in Uruguay 1953-1991. *Int J Cancer*. 1994 Mar 1;56(5):634-9.
17. Barrios E, Ronco A, Fierro L, De Stefani E, Vassallo JA. Tendencias de la mortalidad por cáncer en Uruguay 1952-1997. *Rev Med Urug*. 2002; 18(2):167-74.
18. Amiri M, Kunst AE, Janssen F, Mackenbach JP. Trends in stomach cancer mortality in relation to living conditions in childhood. A study among cohorts born between 1860 and 1939 in seven European countries. *Eur J Cancer*. 2006; 42:3212-18.
19. Death rates: US Mortality Data, 1960-2006, US Mortality Volumes, 1930-1959. National Center for Health Statistics, Center for Disease Control and Prevention, 2009. Cigarette consumption: US Department of Agriculture, 1900-2007.
20. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med* 2000;19:335-51. Erratum: 2001;20:655.
21. *Barrios E, Garau M. Epidemiología del cancer en uruguay y el mundo. An Facultad Med (Univ Repúb Urug). 2017;4(1):9-47*

Cancer en Republica Dominicana: realidad epidemiologica y asistencial

Dr. Ramon Eduardo Perez Martínez*



El cáncer es uno de los problemas de salud más importantes en los países de altos, medianos y bajos ingresos. Incidiendo en los indicadores de morbilidad, mortalidad y del gasto en la atención sanitaria.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud en el 2012 se presentaron 14 millones de casos nuevos

* Cirujano oncólogo egresado del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter (IOHP). Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Miembro de número y secretario actual de la Academia Dominicana de Medicina. Presidente de la Sociedad Dominicana de Hematología y oncología. Profesor de la residencia de cirugía oncológica del IOHP, Escuela Nacional de Oncología de la Liga Dominicana Contra el Cáncer Inc. Profesor de la Escuela de Ciencias Morfológicas, cátedra de anatomía; y de la Escuela de Medicina, Cátedra de Oncología. Universidad Autónoma de Santo Domingo. Jefe del Servicio de Tumores Mamarios del IOHP Miembro de la Sociedad Americana de Oncología Clínica ASCO Miembro de la Sociedad Europea de Cirugía Oncológica ESSO Miembro de la Asociación Española de Cirujanos de la Mama AECIMA

y se espera que aumente a los 22 millones en los próximos 20 años. Igualmente la mortalidad aumentara de 8.2 a 13 millones. Y se ha puesto en evidencia esta tendencia porque en el 2015 ocasiono 8,8 millones de defunciones a nivel mundial situándose como segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares (1).

Desde la perspectiva continental, Sur América, Centroamérica y el Caribe continúan siendo un área donde el diagnóstico de cáncer se realiza en etapas localmente avanzada o avanzada (40-70%) y por tanto hay un porcentaje importante que llega con enfermedad metastásica. Haciendo que en los países de bajos ingresos se produzcan el 60% de los casos de cáncer y el 70% de las muertes a nivel global (2).

A esto se le agrega que muchos de nuestros países el sector salud no dispone de un presupuesto adecuado con relación al Producto Interno Bruto (PBI), inexistencia de Registros Nacionales de Cáncer y por tanto no se cuenta con los recursos ni con la información estadística necesaria para diseñar programas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Solo 1 de cada 5 países de ingresos medianos o bajos disponen de datos para impulsar políticas o estrategias de prevención (2).

Nuestro país la Republica Dominicana desde el punto de vista geográfico está situado en una Isla que comparte con la Republica de Haití; Con una extensión territorial de 48,442 Km², y una población según el último censo del 2016 de 10, 075,000 habitantes, representando el sexo femenino el 50.19% y el masculino 49.81%. El 4.16 % de la totalidad de la población son inmigrantes (3).

En Republica Dominicana adolecemos de un Registro Nacional de Cáncer, razón que nos obliga a utilizar el Registro Hospitalario de Tumores del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter (IOHP) y la Liga Dominicana Contra el Cáncer como fuente de datos epidemiológicos y estadísticos, ya que esta institución es la que maneja la mayor casuística y tiene un registro hospitalario desde hace 19 años.

Según la última publicación de este registro que corresponde al 2016 se trataron 2,601 casos de los cuales 2,062 (79%) fueron diagnosticados en la institución y 539 (21%) llegaron con su diagnóstico y/o iniciado el tratamiento (Gráfico 1) (4).

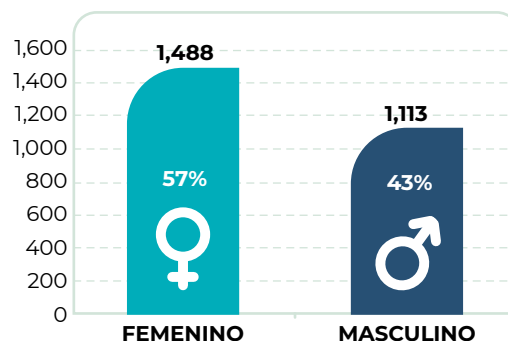


Gráfico 1. Distribución por sexo
Fuente: Registro Hospitalario de tumores IOHP

De esta casuística el 57% de sexo femenino y el 43% masculino. Y con relación a la edad, incluyendo los dos sexos el 25% en el grupo etareo 61-70 años (Gráfico 2). Sin embargo de manera independiente el sexo femenino presento un mayor número de casos entre 51-60 años (24.8%), lo que revela que el cáncer afecta a la mujer a edades más tempranas que al hombre (4).

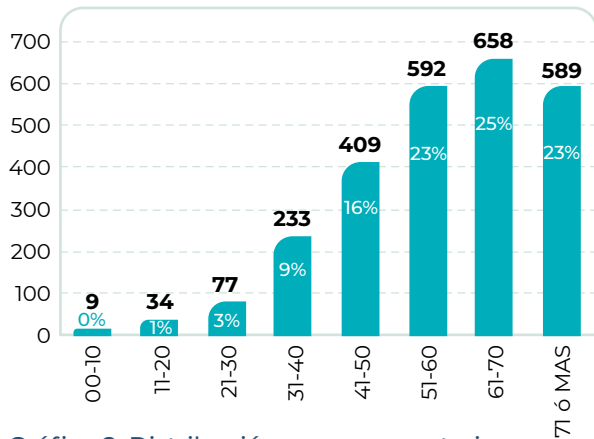


Gráfico 2. Distribución por grupos etarios
Fuente: Registro Hospitalario de tumores IOHP

La distribución por sitio primario lo encabeza el cáncer de mama (23%) y le siguen próstata (18%), cérvix (11%) y colon y recto (6.93%) (Gráfico 3).

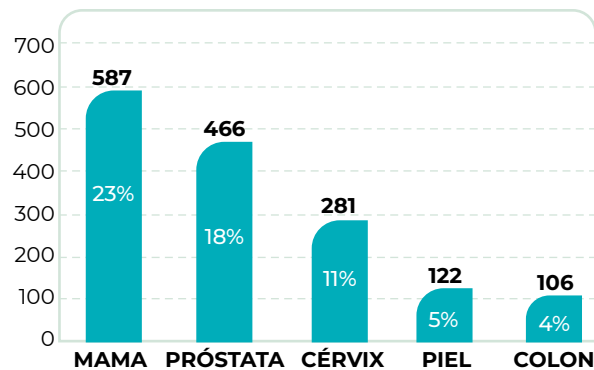


Gráfico 2. Distribución comparativa por sitio primario, ambos sexo
Fuente: Registro Hospitalario de tumores IOHP

En el sexo femenino el cáncer de mama ha sustituido al de cérvix en mayor incidencia desde hace varios años; y en el masculino el de próstata (42%) supera el cáncer de piel (6%), colon (5%) y recto (4%).

La distribución por estadio en la totalidad de los pacientes muestra un escenario esperanzador porque el mayor numero se encuentra en estadio II (18.7%) diferente a los años anteriores que se presentaban en etapas localmente avanzada. Actualmente el de próstata, el mayor porcentaje de casos se encuentra en el estadio II (47%) sin embargo el cáncer de mama y el de cérvix siguen llegando en su mayoría en estadios III o localmente avanzado(27% y 29%).

Desde el punto de vista asistencial, en el año 2001 se promulgo la Ley 87-01 de Seguridad Social y la Ley General de Salud 42-01; estas dos leyes cumplen 17 años.

Con la ley 87-01 inicia el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) regido por varios principios: Universalidad, obligatoriedad, integridad, unidad, equidad, solidaridad, libre elección, pluralidad, etc.

Actualmente tiene una cobertura de 7.6 millones de dominicanos afiliados a algún servicio de salud en los diferentes regímenes de financiamiento, recaudaciones acumuladas de RD\$730,000 millones, con un crecimiento anual de

entre un 10% y 12 % de acuerdo con la Tesorería de la Seguridad Social (5).

La realidad es que esa cobertura no es proporcional a la cartera de servicios o llamado plan básico de salud, hay eventos de salud que no tienen cobertura y los intermediarios del sistema como las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y de Fondos de Pensiones (AFP) tienen ganancias excesivas en detrimento de tener una pensión digna y la cobertura de enfermedades consideradas catastróficas como el cáncer que tiene como cobertura un monto de RD\$1,000.000 (un millón de pesos dominicanos) que equivalen a US\$20,000.00 (veinte mil dólares) por año. Eso significa que si el paciente consume antes del año esta suma, se queda sin cobertura y tiene que esperar el próximo año.

Esta es una situación grave porque el cáncer se maneja de manera multidisciplinaria y las drogas antineoplásicas de última generación como son los anticuerpos monoclonales o terapia a blancos moleculares tienen un costo muy elevado. Igualmente un tratamiento de radioterapia cuesta entre los US\$5,000.00 Y US\$7,000.00 dólares, significa que solo con esto se agota casi la cobertura que corresponde a un año.

Como medida paliativa, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene un programa que se ha definido como Programa de Medicamentos

de Alto Costo que ayuda a estos pacientes que no tienen cobertura. Para este año el presupuesto asignado será de RD\$2,686.7 millones y para el mes de febrero se habían beneficiado 2,100 pacientes oncológicos que representa el 24% de la totalidad de pacientes activos de este programa (Grafico 4).

Esta situación choca con el planteamiento de la OMS que en el 70° aniversario del Día Mundial de la Salud que se celebró el 7 de abril de este año, sobre la cobertura universal, es decir garantizar que cada persona reciba servicios de salud de calidad, donde y cuando los necesite sin sufrir dificultades financieras.

República Dominicana tiene una buena infraestructura en cuanto a centros de atención de oncología que incluyen 12 unidades de radioterapia, 3 hospitales oncológicos y 10 unidades de oncología.

Una Escuela Nacional de Oncología de la Liga Dominicana Contra el Cáncer situada en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter que se encarga de la formación de especialistas, que cuenta con el aval académico de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña UNPHU.

Como nación nos urge tener un Registro Nacional de Cáncer, modificar la Ley de Seguridad Social, actualizar y ampliar la cartera de servicios o plan básico de salud, destinar un mayor

presupuesto para la inversión en salud; aspirando al 5% del Producto Interno Bruto (PBI).

En este contexto el cáncer sigue siendo líder de morbilidad y mortalidad

global, en especial en poblaciones que experimentan desigualdades al estar expuestos a factores de riesgo. Así como también acceso limitado a programas de cribado, tratamiento temprano, y por tanto oportuno y adecuado.

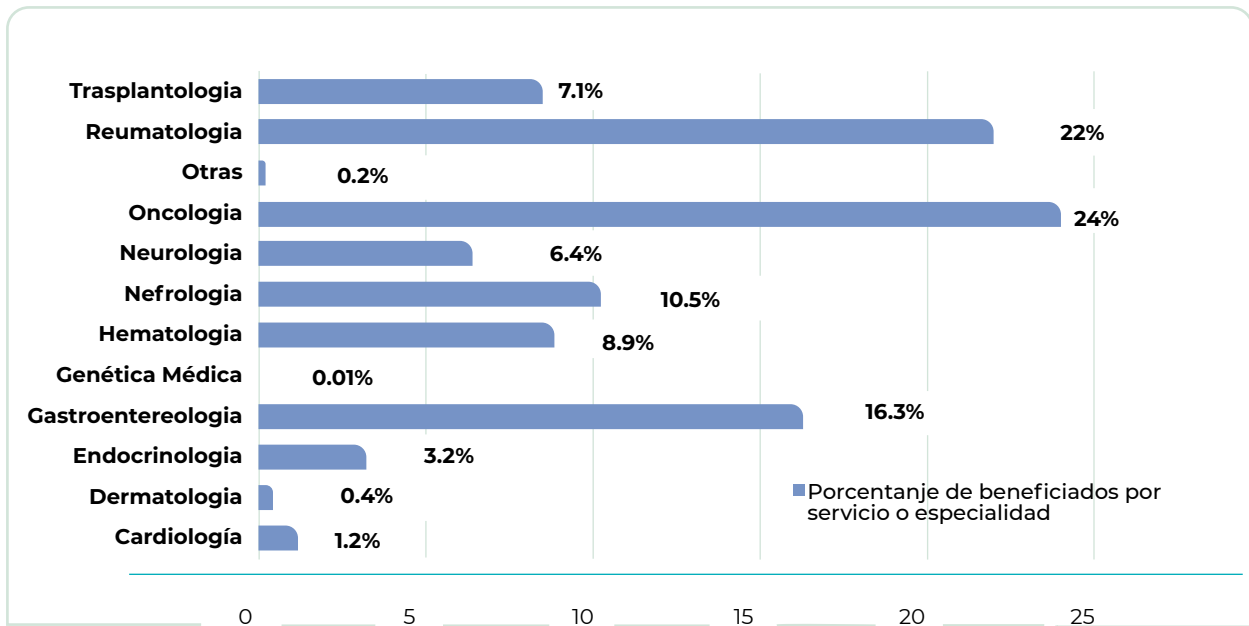


Gráfico 4. Porcentaje de beneficiados por servicio o especialidad

Fuente: Ministerio de salud pública

Referencias Bibliográficas

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012v1.0, Cáncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No 11. Lyon, France: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, 2013
2. Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer. Recuperado de: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/details/cancer
3. Oficina Nacional de Estadísticas. (2016). Indicadores Especiales. Recuperado de: <http://www.one.gov.do/censos>
4. Liga Dominicana Contra el Cáncer Inc. Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter (2016). Registro Hospitalario de Tumores. Recuperado de: www.iohp.org
5. Tesorería de la Seguridad Social. (2018). Noticias. Recuperado de: www.tss.gov.do

Evolución Histórica de la Atención Primaria en Salud en Costa Rica

Dra. Lidieth Carballo Quesada*



Introducción

Costa Rica se encuentra ubicado en Centroamérica, limita al norte con Nicaragua, al sur con Panamá, al este con el Mar Caribe y al oeste con el Océano Pacífico.

El territorio costarricense está conformado por llanuras costeras, separadas por montañas escarpadas, en las que se encuentran cerca de 100 conos volcánicos y 4 volcanes, dos de ellos activos y ubicados cerca de la capital, San José, en el centro del país.

El clima es tropical y solo cuenta con dos estaciones, el verano que va de diciembre a abril y la temporada

*MPH Académica de Número

de lluvias, que se presenta entre mayo y noviembre.

El 59% de la población se encuentra ubicada en las zonas urbanas del país y el 41% restante, en áreas rurales.

Costa Rica está dividida administrativamente en siete provincias, Alajuela, Cartago, Guanacaste, Heredia, Limón, Puntarenas y San José.

La mayor parte de la población vive en San José, lo que ha convertido a esta ciudad en un atractivo destino para la inversión y el comercio.

Se describe en este documento la evolución que ha tenido la Atención Primaria en salud hasta nuestros días, con la finalidad de colaborar en la reunión anual de ALANAM.

Que es un Sistema de Salud Basado en la APS

...Definimos un Sistema de Salud Basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. (OPS, marzo 2007).

La Salud ha sido siempre de interés en la historia del país. En el Siglo XIX ya

existía Medicina asistencial, en un tiempo donde predominaban las enfermedades infecciosas, las epidemias diezmaron la población infantil yaunque la natalidad era muy alta el crecimiento de la población era mínimo, esta medicina asistencial se alternaba con un enfoque de caridad y beneficencia, el Hospital San Juan de Dios creado en 1845 y la Junta de Caridad del hospital fundada por el Obispo Doctor Anselmo Llorente y Lafuente, unían así los conceptos de asistencia pública y de participación de la sociedad representada en aquellos tiempos por la Iglesia Católica. Se convierten posteriormente en modelo para otros hospitales y juntas que se establecerían en el país, haciéndole frente a la epidemia de cólera de 1857 quediezmo la población enormemente.

Se crea el Protomedicato hoy Colegio de Médicos y Cirujanos.

En esas fechas la Universidad de Santo Tomás (1843) contó con una Facultad de Medicina que daba cursos de asistencia básica y graduó un médico.

Don José María Castro Madriz, Ex Presidente del Estado de Costa Rica (1847-1853) en 1848 declara a Costa Rica como nación soberana e independiente nombrándola República de Costa Rica y leemos en sus escritos:

“La obligación del gobierno en una sociedad es procurar la salud de todos

los ciudadanos, la necesidad de poner un hospital para estudiar las enfermedades del país, en una palabra la imperiosa necesidad de abrir a la ciencia médica, apenas naciente en nuestro suelo, un campo de progreso y un refugio a la humanidad doliente estas son razones que no se ocultan a la sabia penetración de los representantes del pueblo para hallarse tan impulsados como yo a la erección de un hospital general del estado." Al fundar el HSJD en 1845.

El 30 de octubre de 1894, se dio el Decreto Constitucional N. ° 4 Ley de Médicos de Pueblo.

Se autorizó al Poder Ejecutivo a dividir el territorio nacional en circuitos médicos para atender lo referente a: El control de la higiene y la salubridad pública, la medicina legal, la asistencia de los pobres.

Destacan entre las funciones de los médicos de pueblo respecto a salubridad e higiene públicas lo siguiente: Aconsejar las disposiciones que deben dictar las autoridades políticas y las precauciones que el público debía observar.

La notificación obligatoria al Ministerio de Policía y actividades locales, sobre la aparición de cualquier caso de enfermedad epidémica.

Llevar la estadística de todos los casos que hubieren asistido, e informar al Ministerio de Policía sobre las causas

que fueren origen de insalubridad y sobre las medidas a adoptar.

Visitar los puestos de venta de artículos de consumo diario, hoteles y posadas y prohibir la venta o consumo de los artículos que encontraren nocivos a la salubridad pública.

Examinar las drogas y medicamentos que se expenden en boticas; los licores, conservas, drogas y demás provisiones de los establecimientos públicos e indicar si se debía prohibir su venta

Visitar presidios, ordenando medidas de higiene y asistir a los enfermos.

Visitar a los pueblos de su circuito, una vez al mes, para observar su estado sanitario, tomar nota de abandono de enfermos pobres y recetarlos.

En la primera Mitad Siglo XX se inicia el enfoque de Salud Integral, la medicina preventiva se une al paradigma asistencial y se desarrolla una Campaña contra la anquilostomiasis en 1907, la tisis, la malaria y la Tb, en esa época los asuntos de salud los dirigía la Cartera de Policía toda vez que tenían mucho que ver con el control, de los enfermos, de medicamentos y otros.

Alrededor de 1914 se crea el Departamento Sanitario Escolar que se encargaba de la salud dental y oftalmológica, además del saneamiento escolar.

Se crea el Departamento de Anquilostomiasis en 1915, Se desarrollan acciones antituberculosas y antivenéreas en 1920, creándose por esa fecha la atención ambulatoria para los enfermos de lepra, se crearon las clínicas prenatales e infantiles, se presentaban casos de viruela, brotes de fiebre tifoidea, tosferina, difteria, la malaria hacía estragos en la población lo que trajo como consecuencia que se pensara en una subsecretaría de higiene y salud pública dependiente de la secretaría de policía en 1922. (León Emilia, pág. 9)

Se establecen las clínicas prenatales e infantiles en 1920 y se crea el Banco de Seguros (hoy INS) en 1924, a raíz del nacimiento del Partido Reformista que proponía la salud y la seguridad de los trabajadores en su programa.

Ley sobre Protección de la Salud Pública en 1923 (Primer código Sanitario del País) que señalaba que la salud estaba a cargo del Estado, se promulgan muchos decretos sobre drogas, sustancias, tóxicas, y se declara al paludismo como de reporte obligatorio y problema gravísimo de salud pública. (León Emilia, pág. 9)

La Subsecretaría asumió las funciones de la Secretaría de Beneficencia y en 1927 se convirtió en la Secretaría de Salubridad, actualmente Ministerio de Salud y tenía las siguientes funciones: promoción y protección de la salud, vigi-

lancia epidemiológica, control de epidemias y endemias, saneamiento ambiental, educación sanitaria y la promoción de la participación de la comunidad.

La creación de esta secretaría de salubridad Pública dicta leyes de tipo sanitario que han servido de base a todas las acciones llevadas a cabo en salud en nuestro país hasta la fecha.

La Secretaría de Salud y Bienestar Social inició la atención ambulatoria de salud a la población en forma organizada e institucionalizada a mediados de la década de los treinta

Se instalaron las “Unidades Sanitarias”. La primera Unidad Sanitaria fue creada e inaugurada por el Dr. Solón Núñez Frutos en 1934 en Turrialba, entre 1942 y 1947 se pusieron en operación diez más, y para 1950 ya funcionaban 33 y 12 Centros Rurales de Asistencia (CAR).

Las Unidades Sanitarias se ubicaban en las cabeceras de Cantón. El recurso humano con que contaban consistía en un médico general, una o dos enfermeras profesionales, generales u obstétricas, de una a tres auxiliares de enfermería, un conserje, un inspector sanitario, un técnico de farmacia, y un técnico de laboratorio.

Éstas y los CAR desempeñaron un papel importantísimo en la oferta de ser-

vicios de salud ambulatorios a la población durante al menos 5 décadas, además de la atención de los enfermos de todas las edades, en estos centros se desarrollaron los programas preventivos de salud para el niño y la mujer, el control de crecimiento y desarrollo, las vacunaciones, el control prenatal y de posparto, planificación familiar y el programa de salud escolar, entre otros. En estos centros también se fortalecieron y se impulsaron las cuatro “luchas”: antivenérea, antituberculosos, antiparasitaria y antialérgica. Los servicios de odontología también se destacaron en la oferta de servicios desde los Centros de Salud, con particular acento en la población escolar. En los Centros de Salud se practicaron desde el principio los exámenes básicos de laboratorio: hemograma, hemoglobina y hematocrito, orina, heces por parásitos, VDRL (para la detección de la sífilis), esputo para tuberculosis y frotis para malaria.

También se expendían los medicamentos que el médico prescribía; los médicos extendían además los certificados de nacimiento, de defunción y las incapacidades. Las enfermeras profesionales y en particular las enfermeras obstétricas se desempeñaban con gran eficiencia en las actividades de las consultas preventivas del programa de salud materno-infantil y en la educación para la salud. Las enfermeras participaron también muy activamente en la atención de los partos en los Centros

Rurales de Asistencia, así como en la capacitación de las parteras tradicionales. (Vargas William, pág. 21)

La década de los cuarenta marca otro de los puntos importantes en el desarrollo de la salud de nuestro país, a pesar de que a nivel mundial se daba la segunda guerra mundial, el Presidente Rafael Ángel Calderón Guardia, crea la Caja Costarricense de Seguro Social mediante la Ley N° 17 del 1° de noviembre de 1941, la cual al establecerse la Ley N° 24 de julio de 1943 de las garantías Sociales, pasa a incorporarse a la Constitución Política el Capítulo de Garantías Sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales (León Emilia, pág. 11)

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en 1942 inicia las funciones de prestación de servicios con 2 médicos y 1 enfermera, 2 secretarías y un grupo de administrativos, se alquila un salón en el HSJD y atiende los primeros grupos de asegurados. La CCSS empieza a desarrollar su labor de atención de la salud, pero únicamente a los trabajadores asegurados. Construye e inaugura sus primeros hospitales.

A nivel mundial, se produce un hecho trascendental, Ernesto B. Chain (químico) y Sir Howard W. Florey (médico) logran producir un antibiótico, la penicilina, luego de que Sir Alexander Fleming en 1929 hiciera la observación inicial de

una especie de penicillium que inhibía a nivel del laboratorio el crecimiento del *Staphylococcus aureus*. Una observación similar realizó el científico costarricense Dr. Clodomiro “Clorito” Picado, pero sus comunicados no trascendieron y no se le dio el mérito que se le da en nuestro país.

Con el descubrimiento de los antibióticos se logró el control de muchas enfermedades infecciosas, tanto así que se creía éstos las iban a eliminar del todo.

Como respuesta a la necesidad de salud de las poblaciones rurales dispersas, se desarrolló a inicios de los 60's el programa de unidades móviles de salud financiado con fuentes externas a través del Programa “Alianza para el Progreso”

Nuestro país inicia una época de disminución de la mortalidad general, la esperanza de vida al nacer uno de los indicadores más sensibles en salud, en la mortalidad infantil se pasa de cifras de 200 a inicio de siglo a alrededor de los 140 por mil NV, aunque los problemas seguían siendo graves como la desnutrición que se declara en 1946 situación de “calamidad nacional”. (León Emilia, pag.13)

En América OPS desarrolla una serie de acciones encaminadas a luchar y erradicar las enfermedades más prevalentes en nuestro continente, Costa Rica propone en 1950 la erradicación de la viruela y ese mismo año la XIV Conferencia

Sanitaria Panamericana declaró la erradicación de la malaria como meta prioritaria (León Emilia, pag.13)

Durante esta década se construyeron muchas obras de infraestructura: unidades sanitarias, plantas de agua, sistemas de alcantarillados y otros dándole gran énfasis al abastecimiento de agua potable, a la disposición de excretas y su tratamiento y la creación de centros para atención de la enfermedad, todas estas acciones eran llevadas a cabo por el Ministerio de salubridad. El Ministerio de Salud crea a lo interno dos instancias:

La Dirección de Salubridad, a cuyo cargo quedaron todas las labores propias de la salubridad pública y La Dirección General de Asistencia Médico Social, responsable de las instituciones médico-asistenciales, al ver la necesidad técnica de integrar los servicios médico preventivos bajo un mismo comando, se pensaba ya en esa época en que era importante promover la salud, prevenir la enfermedad y educar a la población en aspectos sanitarios de una forma integral. Además, debería existir un ente que se encargara de la coordinación con los organismos internacionales, así como especializar y capacitar recurso humano en salud. (León Emilia, pág. 15,).

Las prioridades que se establecieron estaban orientadas hacia la mejoría de la atención materna infantil, la lucha

contra la malaria la fiebre amarilla, la desnutrición, el saneamiento, la información estadística, y la extensión de las actividades de las unidades sanitarias. En cuanto a la atención nutricional y se establece un departamento y el país forma alianza con el Instituto Centroamericano de Nutrición (INCAP), con sede en Guatemala y se recibió mucha ayuda internacional, en especial de agencias internacionales UNICEF y CARE.

Se comenzaron a establecer los Centros de Nutrición, éste es quizás uno de los mejores ejemplos de colaboración comunitaria en el campo de la salud. Estos centros atendían a niños desnutridos que vivían a un kilómetro del centro y repartían leche a los niños desnutridos y madres embarazadas que vivían en zonas más alejadas. Lo más importante tal vez era que todos los beneficiarios de estos programas debían asistir a las consultas de Niño sano y Prenatal de las unidades sanitarias, que generalmente estaban en el mismo sitio, y ahí se aprovechaba para dar todos los servicios de prevención y promoción de la salud.

En las escuelas también se repartía leche a los niños más pobres y había comedores escolares, complementado con programas de desparasitación a todos los niños. El desarrollo socioeconómico del país contribuía también a la mejoría que se producía en el estado nutricional. (León Emilia, pag.15)

En 1961-1965. El BID apoya proyectos sociales, incluyendo salud y saneamiento ambiental para América Latina.

Estas unidades móviles daban sobre todo atención asistencial y dejaba de lado otros programas, pero la población estaba satisfecha. Este programa se mantuvo por el Ministerio de salud por más de 30 años aproximadamente.

Se establece la Participación para coordinación de visitas médicas- odontológicas, acciones de saneamiento básico (agua, letrinas), caminos, electrificación, vivienda y otros.

En estos años se inicia el proyecto del "Hospital Sin Paredes" en el Centro de Salud de Palmares.

Propuso cambiar el sistema tradicional de Hospital cerrado y con misión puramente curativa por un Hospital de puertas abiertas proyectados a la comunidad con plena participación comunitaria y con un enfoque preventivo curativo.

Se promovió la conciencia comunal para buscar soluciones integrales a través de acciones coordinadas entre diversos actores.

Costa Rica es uno de los países privilegiados, que ya en los años setenta avanza hacia una cobertura de los servicios de salud en todo el territorio nacional.

Las decisiones políticas y administrativas que se tomaron en los primeros años de esa década se pueden caracterizar como la primera gran reforma de los servicios de salud, que pusieron en ejecución los programas de extensión de cobertura, con metodologías y con personal auxiliar de salud, formado por primera vez en el país y con funciones nuevas y novedosas: el Asistente de Salud Rural y el Asistente de Salud Comunitaria Urbano. A la vez, se fortalecieron los programas nutricionales con la expansión de los centros de nutrición, los programas de alimentación complementaria y de nutrición escolar. Se impulsó fuertemente la participación comunitaria en salud, involucrando a las Asociaciones de Desarrollo en proceso de formación y a los Comités de Salud, y se acrecentó la coordinación interinstitucional, paralelamente a las acciones que estaba desarrollando el Ministerio de Salud, el 16 de abril de 1971 se aprueba la ley 4750, que permite lograr la cobertura universal de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y eliminar los topes salariales para la cotización de los seguros, permitiendo el ingreso de toda la población asalariada, lo cual fortaleció económicamente a la institución.

El 24 de Setiembre de 1973 se promulgó la ley 5349, llamada “de traspaso de hospitales”, por medio de la cual el Ministerio de Salud traslada a la CCSS los

recursos físicos, humanos y financieros de los hospitales bajo su responsabilidad; este proceso dura algunos años.

Por su parte, el Ministerio de Salud logra la aprobación de dos importantes leyes: la N° 5395 (octubre de 1973) o Ley General de Salud, que declara la salud como un bien de interés público, bajo la responsabilidad del Estado y la rectoría del Ministerio de Salud; y la Ley 5412 (noviembre de 1973) que le da el nombre de “Ministerio de Salud” (anteriormente “Ministerio de Salubridad Pública”) y define su estructura y sus funciones.

Finalmente, en diciembre de 1974, se aprueba la ley N° 5662, de “Desarrollo Social y Asignaciones Familiares” que ofrece un soporte económico muy importante para fortalecer los programas de nutrición en el Ministerio de Salud y de Educación en todo el país y los programas de Salud Rural y de Salud Comunitaria Urbano. Otras de las acciones sobresalientes de esos años fueron el impulso a la planificación en salud; se inició la regionalización, la articulación entre los distintos niveles, la construcción de establecimientos de salud en las zonas más aisladas y desprotegidas y la coordinación entre el Ministerio de Salud y la CCSS. En 1974 aparece el primer Plan Nacional de Salud 1974-1978 y de los programas intersectoriales de desarrollo rural.

Se inician labores organizacionales de gran importancia para el desarrollo de la salud entidades fundadas en la década anterior como la Escuela de medicina, el Hospital Nacional de Niños, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Servicio nacional de Erradicación de la Malaria. Se coordinan acciones entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social y posteriormente con Acueductos y Alcantarillados.

Se fijaron algunas metas específicas, como:

- Aumentar la expectativa de vida en ocho años.
- Disminuir la mortalidad infantil en 50%.
- Erradicar la rabia en humanos.
- Disminuir la prevalencia del bocio endémico por debajo de 10%.
- Abastecer con agua potable al 100% de la población urbana y al 70% de la población rural

El desarrollo de la atención en salud en la década es marcado por la Ley Universalización de los Seguros Sociales, la ley de Traspaso de los Hospitales, la Ley general de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud.

Se demarca los ámbitos de trabajo del Ministerio de Salud (Prevención énfasis Infectocontagiosas con el Programa de Salud Rural) y CCSS (Curación).

Declaración de Alma Ata en 1978

“Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles”.

Considerada como una época de contrastes, los años 80's fueron considerados por muchos como la década pérdida.

Se entra en juego de avances y retrocesos que estancan el progreso. Y la grave crisis económica que sufrió el país repercutió en todos los ámbitos en especial en salud.

Se marca un hito y se unifican los servicios de atención del Ministerio de Salud y la CCSS.

Dado que los recursos del Ministerio de Salud ya empiezan a decrecer, los programas de Salud Rural, Salud Comunitaria Urbana y la atención en los Centros de Salud entraron en decadencia causado por la carencia de recursos, el escaso apoyo político y una falta de innovación.

Se introduce la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como unidades básicas de organización del sistema de salud

Punto focal para la planificación y la gestión de las acciones de salud, con una coordinación nacional integradora y normativa que desarrolla nuevas formas de trabajo en salud que permitan una atención integral con participación comunitaria y de acuerdo con las necesidades locales.

Las principales características definidas para un SILOS fueron las siguientes:

- La descentralización y la desconcentración.
- La participación social.
- La intersectorialidad.
- La readecuación de mecanismos de financiación.
- La atención integral de la salud al individuo la familia y la comunidad.
- La programación local de acuerdo con necesidades identificadas.
- Un sistema de información en salud para SILOS.
- Desarrollo de nuevos enfoques de atención.
- Desarrollo de la capacidad administrativa del nivel local

Con el desarrollo de los SILOS se avanzó en un nuevo concepto de salud y en una nueva organización del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, se requería de un cambio estructural mucho más profundo en las dos principales organizaciones del Sector el Ministerio de Salud y la CCSS.

Se comienza a gestar la necesidad de un nuevo cambio, y se entra en un periodo de cambios y ajustes durante los años noventa, evoluciona el concepto de salud viendo la salud como producto social y no sólo como un estado de bienestar, concepto que deberá repercutir en la organización y en las funciones de los sistemas de salud.

Profundos cambios políticos, sociales, económicos y tecnológicos se dan a nivel mundial y todos los países de América Latina emprenden algún tipo de reforma de su sector salud tomando en cuenta argumentos poderosos como eran los cambios epidemiológicos de la morbimortalidad, los costos crecientes de los sistemas de salud, las bajas coberturas de los servicios, la inequidad e ineficiencia, el desequilibrio entre los servicios hospitalarios y los de atención primaria.

“Hubo además una importante presión de los organismos financieros internacionales para la privatización de los servicios de salud como fórmula para lograr mayor eficiencia y eficacia en la prestación de servicios”. (Vargas W. pag. 39).

En 1990, la nueva Administración política del país retoma el tema y convo-

ca a un Segundo Foro Nacional de Salud y Desarrollo, en el cual participan funcionarios de instituciones vinculadas a la salud, representantes gremiales y de la Universidad de Costa Rica. Se establece la necesidad de redefinir el rol de las entidades que conforman el sector, las estructuras de la CCSS y del Ministerio de Salud, consolidar los programas de atención integral y redefinir la estructura financiera. Y se echa a andar el Proyecto de Reforma del Sector Salud que abarcó actualizaciones institucionales y operacionales de los servicios de salud, enmarcado dentro de las políticas de reforma del Estado costarricense, el cual busca introducir modificaciones profundas en la organización y el funcionamiento del sector salud. El Proyecto busca fortalecer las instituciones del sector salud mejorando la calidad, efectividad y eficiencia de los servicios, acorde con las nuevas necesidades de la población y la capacidad económica del país. En este nuevo modelo se incorporan las experiencias y elementos conceptuales y organizativos de los Programas de Atención Primaria y de los Sistemas locales de salud (SILOS). (Vargas W. pag.25)

El Proyecto de reforma contempla los siguientes componentes:

1. Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud

El objetivo de este componente es hacer énfasis en la función rectora del Ministerio de Salud para garantizar los

principios fundamentales de universalidad, solidaridad en el financiamiento, integralidad en la atención de salud y equidad en el acceso a los servicios.

Esta función rectora se hace operativa mediante cuatro funciones estratégicas:

- Dirección, coordinación y conducción
- Vigilancia y planificación de la salud
- Regulación, control y evaluación
- Investigación y desarrollo tecnológico

Además, por su trascendencia social y política el Ministerio de Salud desarrollará tres programas de salud pública:

- Alimentación y nutrición
- Salud ambiental
- Promoción social de la salud

Se entiende el ejercicio de la Rectoría como la “capacidad política que deberá tener el Ministerio de Salud para dirigir y conducir el desarrollo de la salud.

2. Readecuación del Modelo de Atención:

El nuevo modelo propuesto toma como base la organización y las estrategias adoptadas en las dos décadas anteriores, en donde se desarrolló la atención a la salud basada en la prevención de la enfermedad, un enfoque de riesgo y una movilización y organización de recursos para extender la cobertura a la población rural y de áreas periurbanas marginadas. El modelo resultaba insufi-

ciente para adaptarse a los cambios; la organización y administración del sistema resultaban obsoletos y no lograban responder a los cambios ni a la creciente demanda.

3. Fortalecimiento institucional de la CCSS
4. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud
5. Modalidades de organización y administración de los servicios de salud
6. Sistema de información sectorial
7. Sistema sectorial de suministros
8. Recursos humanos

Características del nuevo modelo de atención:

1. Integralidad y continuidad
2. Sujetos de atención
3. Planificación basada en necesidades y prioridades de salud
4. Asignación de familias a equipos de salud
5. Capacitación y educación permanente de los recursos humanos
6. Desarrollo de un proceso de gerencia estratégica local
7. Integración de equipos básicos y de equipos de apoyo
8. Participación social
9. Sistema de información
10. Garantía de calidad
11. Financiamiento del modelo
12. Descentralización administrativa

13. Regionalización

14. Niveles de atención

Primer nivel:

En el cual se ofrecen servicios básicos de atención integral de salud mediante los EBAIS en las sedes de estos (puestos o centros de salud y clínicas I y II de la CCSS).

Segundo nivel:

Brinda apoyo al primer nivel mediante intervenciones ambulatorias y hospitalarias de las especialidades básicas: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, psiquiatría y cirugía general (clínicas III y IV y hospitales periféricos).

Tercer nivel:

Proveerá servicios ambulatorios y de internamiento de todas las demás especialidades médico-quirúrgicas, así como servicios de diagnóstico y tratamiento que requieren de alta tecnología (hospitales regionales, hospitales nacionales generales y especializados).

En la administración política en los años 2006-2010 el Ministerio de Salud buscando desempeñar de una manera efectiva su función desarrolla un modelo conceptual y marco estratégico de la rectoría de la producción social. En el marco del fortalecimiento continuo de la rectoría de la producción social de la salud, la administración impulsa un modelo conceptual y estratégico que orienta el proceso

de desarrollo organizacional del Ministerio de Salud de manera sinérgica, brindando, además, a los diferentes actores sociales que participan en esta producción, la información pertinente para una mejor comprensión de lo que hacemos y por qué lo hacemos. El modelo establece que el Ministerio de Salud debe ejercer la rectoría sobre todos los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud, y no únicamente sobre aquellos que forman parte del Sector Salud. Esto implica, entre otras funciones, una dirección política y una conducción estratégica basada en el liderazgo técnico, para el logro de la estrategia maestra que plantea avanzar "...de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud". En términos generales, el modelo, partiendo de una noción de salud como un proceso salud-enfermedad determinado por múltiples factores (biológicos, económicos, culturales, ambientales, entre otros), define ocho funciones sustantivas para el ejercicio de la rectoría de la producción social de la salud.

1. Vigilancia de la Salud
2. Dirección Política de la Salud
3. Planificación Estratégica de la Salud
4. Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud
5. Regulación de la salud
6. Instrumentalización de la Promoción de la Salud
7. Armonización de la Provisión de Servicios de Salud

8. Modulación del Financiamiento en Salud.

Sobre la base conceptual aportada por el modelo y la legislación vigente se ajustó el marco estratégico institucional definiéndose su misión como: Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad. Se define una nueva visión; Ser una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutoria, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios (as) debidamente calificados, apropiados de su papel y proactivos. Por nuestro estilo de liderazgo, nuestra capacidad técnica y el mejoramiento logrado en el estado de salud de la población, seremos una institución con alta credibilidad a nivel nacional e internacional, la población nos percibirá como garantes de su salud y los actores sociales sujetos y clientes directos de la rectoría nos sentirán como sus aliados. Y se establece una Estrategia maestra; avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, posicionando la salud como valor social, dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el

control de los determinantes de la salud, basados en evidencia y con equidad.

Objetivos estratégicos

1. Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores clave en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludable y al desarrollo de otros determinantes positivos de la salud.
2. Dirigir y conducir a los actores sociales que intervienen en el proceso de la producción social de la salud, orientando sus acciones hacia la protección y el mejoramiento constante del estado de salud de la población con equidad.
3. Desarrollar organizacionalmente al Ministerio de Salud para cumplir de manera efectiva sus funciones de rectoría de la producción social de la salud, alineando su gestión institucional con su misión.

A la fecha el ministerio de salud continúa efectuando mejoras en sus misión y visión con la mira puesta en mejorar la calidad de vida de la población a través de una mejor operativización de sus funciones, y la articulación con los actores sociales en salud.

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, ins-

titucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.

Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad. En ese contexto y a partir de la evolución histórica de la Atención en salud en Costa Rica es que entre los esfuerzos continuos que ha desarrollado el país a través del tiempo, se realiza el **Diálogo Nacional para el Fortalecimiento del Seguro de Salud en el contexto de la Salud Pública** en el 2014 (Gráfico 1) que analiza desde las comunidades sus necesidades en un dialogo nacional que involucro a éstas y a gran cantidad de actores sociales (universidades, diversos sindicatos, gobiernos locales, ministerios como el planificación nacional el de agricultura y ganadería, hacienda y vivienda, y otras organizaciones del sector salud entre ellas la caja costarricense del seguro social, juntas de salud) esta discusión sobre el Seguro de Salud Costarricense en el contexto de la Salud Pública ha abarcado el clamor de la población brindando un ambiente propicio de participación

ciudadana en la toma de decisiones que promuevan la potencialidad del seguro de salud. Una visión común del desarrollo del seguro de salud en el mediano y largo plazo. Todo este debate aporta sobre la discusión de temas de salud prioritarios para el país y versó sobre sostenibilidad financiera de la seguridad social, la gestión de los Recursos Humanos de la Salud, el modelo de organización y gestión del seguro de salud, el modelo de atención de la salud a las personas y los determinantes de la salud, estableciendo las necesidades de la población buscando alternativas reales generando un modelo de comunicación no adversario, que permite crear puentes de entendimiento entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud.

Por otra parte, la Caja Costarricense de Seguro Social se aboca a plantear una **propuesta de fortalecimiento de los servicios de salud** a partir de la situación actual siendo Costa Rica uno de los países con mejores indicadores de salud y un sistema de salud con cobertura universal, en una sociedad con inequidades y pobreza persistente y una acelerada tendencia al envejecimiento con el consecuente cambio epidemiológico que impone grandes desafíos (monografía).

Se estima que para el 2035 un 23 % de la población serán personas menores de 15 años, mientras que el 47 % serán mayores de 45 años, con un importante crecimiento de las personas adultas ma-

yores, lo que requerirá una respuesta diferente del sistema de salud. Aunado a esto, el perfil epidemiológico del país se inclina hacia las enfermedades no transmisibles. Las estadísticas nos muestran que entre el 1990 y el 2013 las enfermedades no transmisibles pasaron de representar un 67 % a un 79 % de la carga de enfermedad, mientras que las enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales disminuyeron de un 21 % a un 10 %. Estos grandes cambios imponen a la institución responsable de la prestación de servicios de salud analizar la situación y plantear propuestas que devenguen en una mejor calidad en la prestación. El análisis señala que: los mecanismos de coordinación asistenciales son limitados, a lo largo de los servicios de salud; por lo que afectan la continuidad de la atención, la planificación de la prestación adolece de estudios técnicos actualizados que hagan frente a los retos de la prestación y organización en red de servicios y que existe una gran desigualdad en la conformación y distribución de los recursos en la red de prestación de salud institucional, que no obedece a diferencias en necesidades de la población. Como consecuencia de este resultado los servicios no responden oportunamente a las necesidades de la población como bien se mencionó antes y por tanto la población incurre en gastos de bolsillo, hay insatisfacción con los servicios que impacta sobre la credibilidad y la imagen de la institución que progresivamente lesiona la legitimidad

de la seguridad social de nuestro país. Esta ineficiencia aumenta el riesgo de la sostenibilidad del régimen al incrementar los costos institucionales al existir una inadecuada circulación entre los niveles de atención que genera un aumento en las listas de espera que impacta la calidad de vida de la población.

Para enfrentar esta situación la caja costarricense de seguro social plantea el “fortalecimiento del modelo de atención integral en salud, bajo el enfoque biopsicosocial del proceso de salud-enfermedad, que articule, racionalice, dé coherencia y continuidad a las acciones ejecutadas en los distintos niveles de atención” (monografía estratégica).

Y tomando en cuenta el Plan Estratégico Institucional 2015-2018 que define como objetivo estratégico “fortalecer la cobertura universal en salud de la población mediante servicios de salud integrales, equitativos, oportunos y de calidad, con responsabilidad ambiental y sostenibilidad financiera” es que se organiza esta propuesta que adopta un enfoque sistemático y participativo para la organización de la prestación de los servicios de salud, a partir de la planificación de la atención, teniendo en cuenta las competencias de las instituciones que conforman el sistema nacional de salud. Y procura que el centro de la prestación sean las personas, como individuos en su contexto familiar y comunitario; quienes

a su vez tiene un conjunto de necesidades de prestación que debe ser abordado dese sus necesidades por la institución.

Es así como se establece la forma de organización de los servicios de salud, según componentes, niveles de complejidad y redes; definiendo el tipo de servicios y nuevas estrategias de atención.

Enfoque centrado en las personas

Se plantea la adaptación continua de los servicios a los cambios sociodemográficos, asistenciales y tecnológicos, con estrategias que mejoren las condiciones de salud de la población y optimicen los recursos.

El enfoque centrado en las personas procura acercar los servicios a la población y fomentar prácticas sanas que generen el autocuidado, la responsabilidad y la participación de la comunidad en el desarrollo del proceso de la salud. Se espera consolidar además las acciones preventivas que permitan controlar los factores de riesgo para evitar la aparición y progreso de las enfermedades no transmisibles.

Este enfoque permite mejorar la atención, concentrando el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad, mejorando la respuesta de los servicios mediante un abordaje

integral e integrado que asegure q sean atendidas con respeto. Se entrelazan los aspectos familiares y comunitarios que determinan e influyen sobre la salud y hace imprescindible considerar a la familia como la unidad fundamental del sistema social y el más importante factor de influencia sobre las personas, a su vez las familias se encuentran en constante interacción con la comunidad que es donde las familias nacen, crecen, se educan, trabajan y se envejecen, por ende el enfoque centrado en las personas incluye a individuos, familias y comunidades como sujeto de atención, procura equidad en el acceso y uso de los servicios tomando en cuenta la edad, sexo, etnia, idioma, lugar de procedencia o residencia, orientación sexual, nivel educativo, ocupación, ingresos y su condición (económica, social, ambiental y cultural) y el género y la interculturalidad se le hace un énfasis especial.

Para lograr esta atención centrada en las personas, es necesario orientar la actitud del personal en los servicios y fuera de éstos para lograr que la atención sea humanizada y con calidez.

La asignación de espacios-población a los equipos facilita la continuidad

de la atención y la proximidad de los equipos con las comunidades, clave para este enfoque. Más que establecimientos de salud cerca de las personas lo que se promueve es que el personal de salud trabaje en los escenarios en los escenarios fuera de los establecimientos de salud (EFES).

Las necesidades de salud de la población están influenciadas por múltiples determinantes por lo que su mantenimiento y promoción son responsabilidad de muchas instituciones (no solo de salud) y sobre todo de las mismas personas.

La Atención integral e integrada: la atención integral incluye intervenciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; dando énfasis en las dos primeras para lograr un mayor impacto en la salud. En la práctica estas intervenciones están entremezcladas y deberían serlo si la atención integral es efectiva.

Los servicios integrados se concretan con la definición de un conjunto de acciones para determinado grupo poblacional, con sitios de atención multipropósito, con la integración vertical entre niveles de atención.



Figura 1. Enfoque Centrado en las Personas

Fuente: Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016.

La organización de la prestación de servicios de salud se establece a través de los componentes de la prestación, los niveles de atención y redes de servicios.

Los componentes son el conjunto de elementos que, en forma articulada permiten la prestación de los servicios: la Atención en Escenarios fuera de los Establecimientos de Salud (EFES), consulta externa, atención de emergencias, atención quirúrgica, internamiento, soporte al diagnóstico y tratamiento, el internamiento está estrechamente ligado con el soporte y tratamiento y que se da exclusivamente en el segundo y tercer nivel de atención de acuerdo a la complejidad de la atención requerida.

Los niveles de atención: el primer nivel de atención; corresponde ser la puerta de entrada a la red de prestación de servicios de salud y coordinar la continuidad de la atención del individuo durante el curso de su vida. Enfoca sus acciones primordialmente hacia la promoción de la salud (educación para la salud y fomento de entornos saludables), la prevención (vacunación, suplementos alimentarios, detección temprana y abordaje oportuno de riesgos y problemas de salud) e incentiva la participación activa de las comunidades.

Los equipos que lo conforman están constituidos por Equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), y el

equipo de apoyo y los puestos de visita periódica. Los EBAIS cuentan con un médico general, un Asistente técnico de atención primaria (ATAP) y un auxiliar de enfermería. El equipo de apoyo cuenta con profesionales en enfermería, farmacia, medicina familiar y comunitaria, microbiología, odontología, psicología general y trabajo social.

El personal de ambos equipos desarrolla una relación cercana con las comunidades deben conocer su situación socioeconómica cultural, e histórica del espacio población asignado y los riesgos a los que está expuesta esa población, este nivel es esencial en la red de servicios ya que el acercamiento con las comunidades y sus familias e individuos les facilita el abordaje de las necesidades de prestación de servicios de salud e interactuar con los demás actores sociales, resultan vitales en la continuidad de la atención, lograr la integración operativa de los programas de atención y el abordaje de los riesgos y de los grupos vulnerables. Este nivel debe realizar coordinaciones con el ministerio de salud, municipalidades, acueductos alcantarillados, ministerio de educación pública, asociaciones de desarrollo, ONG, empresa y organizaciones privadas que trabajan en salud, y otros grupos, instancias o instituciones relacionadas.

Segundo nivel de atención; parte fundamental de un sistema escalonado

por complejidad, es el primer eslabón de referencia para la resolución de las necesidades de salud que no pueden ser resueltas en el primer nivel de atención, en este nivel están los establecimientos ambulatorios de segundo nivel y los hospitales generales.

Tercer nivel de atención; responsable de la atención de los problemas de salud complejos, que requieren intervenciones altamente especializado y con tecnología de punta. Los usuarios de este nivel vienen referidos del primer y segundo nivel de acuerdo con criterios técnicos.

Red de prestación de servicios de salud; La organización de la prestación de servicios en red es una de las principales expresiones operativas de la atención primaria en salud y permite abordar la fragmentación de la prestación. Asume la responsabilidad clínica y económica en el logro de determinados resultados de salud y está dispuesta permanentemente a la rendición de cuentas de forma transparente, en un marco de sostenibilidad económica.

La red de servicios tiene varios atributos a saber: atención centrada en la persona, población a cargo definida, extensa distribución de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinaria que cubra toda la población. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, mecanismos

de coordinación asistencial, gobierno de la Red, participación y acción intersectorial, gestión integrada de los recursos,

recursos humanos, sistema integrado de información, gestión basada en resultados, financiamiento e incentivos.

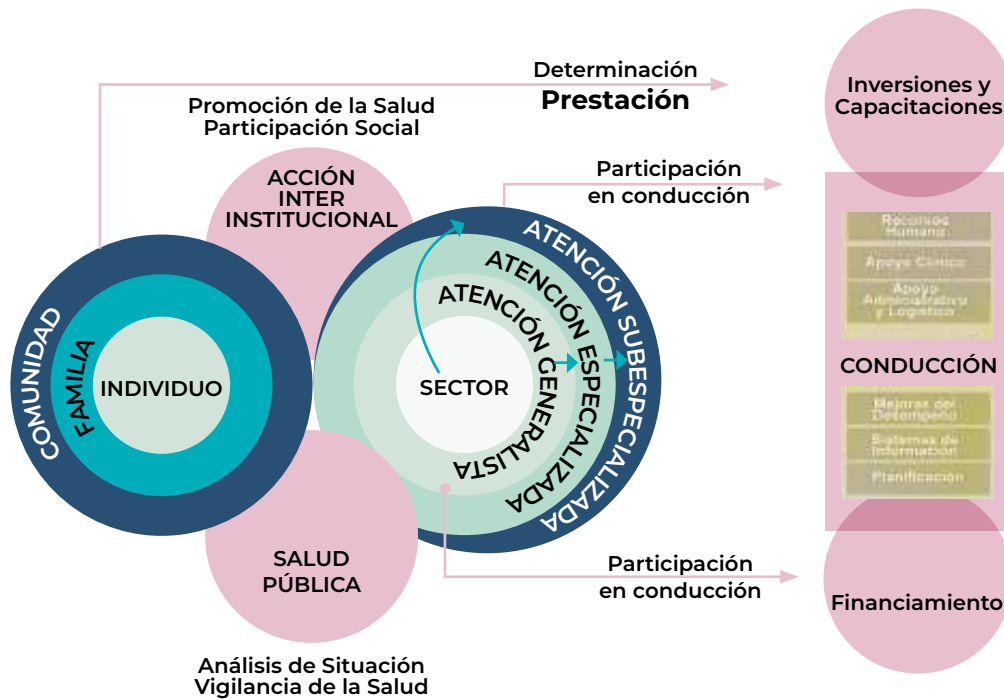


Figura 2. Red de Prestación.

Fuente: Modificado de OPS, redes integradas de servicios de salud. Mayo 2010.

Estrategias para el Fortalecimiento de la prestación de los servicios desalud

Reforzamiento del Primer Nivel de Atención: a) **coordinación de la atención en la red de servicios;** toda vez que este nivel es el punto de contacto que garantiza la continuidad de la atención a las personas durante el curso de la vida y el seguimiento a las intervenciones realizadas en el segundo y el tercer nivel de atención; b) **servicios de salud integrales;** que brindan intervenciones

en promoción de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación; enfatizando en las prioridades de salud, c) **participación comunitaria;** fortalecer el diálogo, la información y la realimentación de la población para enfrentar los problemas y potenciar las oportunidades.

Expansión de servicios en el Segundo Nivel de Atención: a) **fortalecimiento de la capacidad resolutive de los actuales** establecimientos en respuesta a las necesidades de su población un nivel preferiblemente ambulatorio y resolutive en cada red; b) **ampliación**

de los servicios ambulatorios que incluye: atención domiciliar, hospital de día, cirugía mayor ambulatoria, hospitalización domiciliar y programas especiales como oxigenoterapia, anti coagulados, diálisis peritoneal, hemodiálisis, entre otros.

Optimización de los servicios del Tercer Nivel de Atención: a) **Designación de núcleos de atención** altamente especializados (centros nacionales de referencia) evitando la duplicidad en otros hospitales; b) **desarrollo y fortalecimiento de los servicios de apoyo para mejorar la capacidad del primer y segundo nivel** de atención y evitar el desplazamiento a hospitales de tercer nivel para realizarse procedimientos de baja complejidad; c) desarrollo conjunto de protocolos y guías clínicas que sean acordes a los problemas y necesidades de salud, considerando la atención centrada en las personas, la continuidad asistencial y coordinación entre los niveles de atención; d) modificación de jornadas y horarios y uso de plataformas de servicios para la atención integral de las personas.

La atención de la salud en Costa Rica desde el primer nivel de atención, ha sido uno de los de los sistemas más exitosos lo cual no evita que deba constantemente ser revisado explorando nuevas formas de organización, nuevas tecnologías accesibles al sistema de salud y por tanto este documento hace un recorrido global por las diferentes etapas

que ha vivido nuestro país en su empeño por mejorar la calidad de vida de las personas que lo habitan.

Fuentes de Consulta

- Costa Rica. Ministerio de Salud Diálogo nacional para el fortalecimiento del seguro de salud costarricense en el contexto de la salud pública. ... 1ª. ed. —San José, Costa Rica: El Ministerio, 2014.
- Documento estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016
- Vargas González, William v297a Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica / William Vargas González -- San José, C. R.: EDNASSSCSS, 2006
- Antillón, J. J. (2002). Historia y filosofía de la Salud y la Medicina. Nacional de Salud y Seguridad Social.
- González, W. V. (2011). Atención primaria de Salud en Costa Rica.
- Kroeger, A., & Ronaldo, L. (1992). Atención Primaria de Salud: Principios y métodos. Pax México.
- Ministerio de Salud. (2012). Plan estratégico Institucional 2008-2010. Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2007). Memorial Institucional 2006-2007. Costa Rica.

- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre atención primaria en Salud, URSS..
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Renovación de la Atención Primaria en las Américas: Documento de posición de la OPS/OMS.

Anexos



Figura 3. Anexo 1. Solicitud de las personas usuarias.

Fuente: CCSS. Encuesta de Satisfacción del Usuario. Servicios de Consulta Externa y Hospitalización. 2012-2013. MS. Dialogo Nacional para el Fortalecimiento del Seguro de Salud Costarricense en el contexto de la Salud Pública. 2014. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. La CCSS que queremos. San José, 2014.